Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Patientenorientierte Ausbildungsmethode in der Psychotherapie

Inauguraldissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,
den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Rainer Enkelmann
aus Dohna

Mainz 1975

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Patientenorientierte Ausbildungsmethode in der Psychotherapie

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der Medizin

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz,

den Medizinischen Fachbereichen

vorgelegt von
Rainer Enkelmann
aus Dohna

Mainz 1975

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554415_0018

Fachbereichsdekan: Prof. Dr. E. Straub

Referent: Prof. Dr. D. Langen

Korreferent : Prof. Dr. U. H. Peters

Tag der mündlichen Prüfung: 17. 12. 1975

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

E i n l e i t u n g

Am 17. April 1970 beschäftigte sich der Deutsche Bundestag zum ersten Mal mit der Situation der seelisch Kranken in der Bundesrepublik.

Bei seltener Einmütigkeit der Parteien (aber leider wegen des Freitagnachmittags vor fast leerem Saal) wurde darauf hingewiesen, daß gegenüber anderen zivilisierten Staaten die ärztliche Versorgung seelisch Kranker und die Ausbildung der Ärzte in der Psychiatrie unzureichend und reformbedürftig sei.

W. SCHULTE wies in einem Referat auf dem 73. Deutschen Ärztetag darauf hin, daß vor allem auch die Haltung der Gesellschaft zu den Problemen psychisch Erkrankter verbesserungsbedürftig ist: "Die Toleranzgrenze für Anfällige, Hinfällige, Auffällige, für Teilgesunde und Teilsozialisierte ist eher im Sinken als im Steigen begriffen."

Ähnlich äußerte sich H.E. EHRHARDT bei seiner Eröffnungsansprache zum Kongress der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde im Oktober 1970 in Bad Nauheim.

Die Wurzel für diese Einstellung der Öffentlichkeit (und dazu gehören ja auch die Ärzte) liegt wohl in der Situation der Psychiatrie, in ihren Anfängen, für die A. LEIBBRAND-WETTLEY drei charakteristische Merkmale beschreibt:

1. Die Bewertung der geistigen Erkrankung als "Sozialübel";
2. Die Asylierungs- und Internierungspraxis;
3. Die Errichtung großer "Palastanstalten".

Alles, was hinter den Mauern dieser Paläste vor sich geht, ist fremd, unheimlich, ja anrüchig.

Aber nicht nur in der sogenannten "Großen Psychiatrie" bestehen diese Probleme. Das Vorliegen einer Neurose im engeren Sinne, einer psychosomatischen oder seelischen Funktionsstörung anderer Art wird vielfach "mit Vorstellungen von Simulation, Drückebergerei, Geisteskrankheit oder biologischer Minderwertigkeit assoziiert" (H.HENSELER und U.ROTMANN).

Besonders auch der praktische Arzt ist deshalb angesprochen, in dessen Sprechstunde ja in großer Zahl auch Patienten mit seelisch bedingten oder seelisch überlagerten Krankheiten kommen.
Die Forderung an die Ausbildung der jungen Mediziner besteht daher, ihnen die seelischen Störungen nahe zu bringen, und zwar gerade die abnormen seelischen Entwicklungen und Persönlichkeitsstörungen, die den meisten in der täglichen Praxis viel häufiger begegnen als die "endogenen Psychosen" (W.BRÄUTIGAM).
Es wäre wünschenswert, daß der zukünftige Arzt nicht nur das diagnostische Rüstzeug erhält, schnell und sicher seelische Störungen zu erkennen anstatt sie, wie bisher, durch den Ausschluß somatischer Befunde zu vermuten (D.LANGEN), sondern daß er den Menschen in seiner Leib-Seele-Einheit erkennt und so der Gefahr entgeht, zum "Psychiker" oder "Somatiker" zu werden(D.LANGEN
So könnte vermieden werden, daß der Arzt, wie so häufig, schon in seiner Diagnosestellung als Glied der heutigen Gesellschaft handelt ("Ich hab's ja immer gewußt, das ist nur psychisch bei Ihnen"- "Wissen Sie was, Sie haben einen Sexualkomplex!") und damit den Patienten kränkt und vor den Kopf stößt. Der auf diese Art Geschockte wird einer kausalen Behandlung seiner psychischen Störungen nicht mehr oder doch nur sehr schwer zugänglich sein (H.HENSELER und U.ROTMANN).
In die Vielfalt der medizinischen Fächer müßte also ein zusätzliches eingebaut werden, dessen Ausbildung nicht zu zeitraubend, dabei aber ausführlich und einprägsam genug ist, dem Medizinstudenten Einblick in die Leib-Seele-Beziehung des Menschen zu gewähren und so seine künftige Einstellung zu Problemen seelischer Störungen zu prägen.

Nach D.LANGEN gibt es drei Möglichkeiten des Lernens, die in der Ausbildung möglichst nebeneinander beschritten werden sollten:
Dem Studium aus Lehrbüchern, wo dem Studenten meist alles "mundgerecht" serviert wird, steht die Vorlesung zur Seite, wo der Dozent den Lernenden von Problem zu Problem zur Lösung führt und ihn so am Weg zur Bewußtwerdung und zur Erkenntnis teilhaben läßt. Beides sind Wege des passiven Lernens: Das Studium aus Büchern spricht Gedächtnis und Auffassungsvermögen an, der Besuch von Kursen und Vorlesungen den Intellekt und die Fähigkeit zum Erkennen von Wechselwirkungen und Zusammenhängen. Das aktive Lernen beinhaltet neben der Möglichkeit, selbst Erfahrungen zu machen und zu verwerten ein emotionelles Engagement, das noch weitere Teile der Persönlichkeit zum Lernprozeß mobilisiert. Natürlich ist der Ausbildungsgang am erfolgreichsten, der möglichst alle drei Wege des Lernens in sich zusammenfaßt.
Es ist also sinnvoll, an eine Unterweisung in der Psychotherapie folgende Forderungen zu stellen:

1. Bei geringem Zeitaufwand eine
2. nicht nur theoretische, sondern auch praxisbezogene Ausbildung zu ermöglichen, bei der
3. der Student möglichst noch emotionell engagiert wird, weil so eine maximale Lerneffektivität erreicht wird. Diese Ausbildung sollte
4. allen oder doch möglichst vielen Studenten zugänglich sein.

Daß eine Vorlesung in Psychotherapie von einer Wochenstunde diesen Forderungen nicht nachkommt, zeigen Untersuchungen über den Wissensstand der Studenten in diesem Fach.

II. Literatur

In der Literatur findet man nur spärliche Andeutungen, die eine solche Ausbildung beschreiben. Das ist nicht verwunderlich wenn man bedenkt, daß selbst in der Psychiatrie, aus der die Psychotherapie hervorgegangen ist, eine Reform der Ausbildung beziehungsweise eine bessere Diskussion der vorhandenen gefordert wird. (M.BALINT; H.E. EHRHARDT)
Im deutschen Schrifttum findet sich bisher noch keine Lösung beschrieben, die den obengenannten Anforderungen entspricht. Hier und da werden wenigstens Führungen durch die großen psychiatrischen Anstalten organisiert, um wenigstens bei den Studenten die durchweg noch falschen Vorstellungen über das "Innere der Paläste" zu beseitigen.(G.MELLIM)
So lehrreich das für den einzelnen Studenten sein mag, so wenig kommt es aber dem Wunsch nahe, dem Studenten eine Ausbildung anzubieten, die ihm ein Bild des Menschen in seiner Leib-Seele-Einheit und seinen körperlichen und seelischen Krankheiten vermittelt.

Zwei verschiedene Versuche dieser Art sind in England beschrieben worden, der eine von M.BALINT, H.BALL und C.HARE vom University College Hospital London, der andere von H.H.WOLFF vom Bethlehem Royal and Maudsley Hospital, London.
Diese beiden Ausbildungsmöglichkeiten sollen etwas genauer beschrieben werden, weil sie als Modelle für ähnliche Versuche in Deutschland stehen können; die geforderten Kriterien für eine Ausbildung in der Psychotherapie werden von beiden erfüllt. Beide Experimente haben zunächst gemeinsam, daß der Student allein und unmittelbar mit Patienten in Berührung kommt, und das nicht nur einmal, sondern für eine Reihe von Einzelbehandlungen.

Auch die Gesamtbehandlung wird von den Studenten übernommen, allerdings in unterschiedlichem Ausmaße und unterschiedlich lange.
Wichtig ist, daß die Beobachtungen und Erfahrungen bei Kontaktaufnahme, Gespräch und Behandlung regelmäßig in der Gruppe unter Vorsitz eines Dozenten ausgetauscht und ergänzt werden. Unterschiede bestehen in der Organisation der Gruppen und der Auswahl der Patienten.
M.BALINT hat zwei Seminare eingerichtet, von denen das zweite (für Fortgeschrittene) auf dem ersten aufbaut. Die Seminare sind freiwillig, Teilnahmebeschränkungen oder besondere Forderungen hinsichtlich der Vorbildung bestehen nicht.
Das erste Seminar ist für Studenten in den ersten beiden klinischen Semestern, das zweite von da an bis zum Beginn der Fachausbildung.
Um den Studenten einen Einblick in die Zusammenhänge zwischen körperlicher Krankheit, sozialem Werdegang und psychischer Struktur und Entwicklung zu geben, werden Patienten der verschiedensten Fachgebiete angeboten: interne, chirurgische und gynäkologische Klinik. Sie müssen sich ein Bild vom seelischen u n d körperlichen Zustand der Patienten machen und ihre Ergebnisse (klinische Untersuchungsbefunde, Laborwerte, Spezialuntersuchungen, psychische Befunde) werden zusammen mit einer umfassenden Anamnese in den Seminaren vorgetragen, wo über die Fälle diskutiert wird.
M.BALINT nennt das "Medizin des ganzen Menschen" oder "patientenorientierte", "patientenzentrierte (patient-centered) Medizin" im Gegensatz zur "krankheitszentrierten Medizin", die nur körperliche und körperlich nachweisbare Krankheiten umfaßt. Die Aufgabe besteht darin, (bisher vielleicht noch verborgene) Zusammenhänge zwischen seelischer und körperlicher Verfassung aufzuspüren und so ein Gefühl für die Beurteilung des ganzen Menschen und der verschiedenen Ausdrucksformen seines Leidens zu gewinnen.

Dabei tritt die psychische Betreuung und Behandlung allerdings in den Hintergrund, da sie von der Einwilligung der verschiedenen Chefärzte abhängig ist, und die Patienten oft genug vorzeitig (d.h. nach Heilung der körperlichen Krankheiten) die Klinik wieder verlassen. Ambulante Nachbehandlung wird versucht, scheitert aber oft genug am mangelnden Verständnis der Patienten, die sich ja als "geheilt entlassen" betrachten.

Demgegenüber wählt H.H.WOLFF die Patienten aus dem Krankengut der psychiatrischen Klinik. Es ist so ein intensiverer Kontakt zwischen Studenten und Patienten möglich, weil die Patienten ja bis zum Ende der Therapie in der Klinik erreichbar sind. Die Organisation der Studentengruppen ist ähnlich wie bei M.BALINT:
Eine kleine Zahl von Studenten kommen unter der Leitung eines Dozenten zusammen, um die Probleme zu besprechen, die sich bei Diagnostik und Therapie ergeben.
Allerdings besteht keine Gliederung in Anfänger- und Fortgeschrittenengruppe. Bemerkenswert ist hier der Ablauf der Kontaktaufnahme: Der Student hat zunächst mit dem Patienten allein eine Unterredung, bei der er sich ein Bild von der Lage des Patienten machen soll. Dann wird der Patient in der Gruppe vorgestellt, nachdem der Student kurz über ihn referiert hat. Anschließend wird gemeinsam über Diagnose und Therapie diskutiert. Die weitere Behandlung bleibt aber, falls keine besonderen Schwierigkeiten auftreten, in der Hand des Studenten, der den Patienten als erster exploriert hat.
Im Folgenden hat er regelmäßig über Fortgang und Erfolg der Behandlung vor der Gruppe zu berichten.
Es fällt auf, daß weder M.BALINT noch H.H.WOLFF Angaben über die Vorbildung machen, die die Studenten besitzen müssen, um in die Seminare aufgenommen zu werden.

So scheint spezielles Wissen auf dem Gebiet der Psychologie und Psychotherapie nicht erforderlich zu sein, nur das Erreichen der klinischen Semester ist Vorschrift. Allerdings werden sich ganz automatisch bei freiwilligen Lehrveranstaltungen vorwiegend die Studenten zusammenschließen, die sich gerade für dieses Gebiet besonders interessieren.
BALINT erwägt deshalb, das Anfängerseminar zur Pflicht zu machen, weil so auch Studenten gewonnen werden, die vielleicht von ihrer Begabung und ihrem Geschick in der Psychotherapie sonst nichts wüßten.

Der meines Wissens einzige Versuch in Deutschland, den englischen Experimenten zu folgen, ist das Seminar "Psychotherapie für die Praxis", das in der Mainzer Universität von der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie als freiwillige Veranstaltung angeboten wird, nachdem das gleiche Modell vorher in der Tübinger Universitäts-Nervenklinik erprobt worden war.

Nach der Ankündigung am Anfang des Semesters können sich interessierte Studenten zur Teilnahme melden, die dann im Laufe der nächsten 14 Tage einen Patienten zugeteilt bekommen. Über Diagnose, Therapie und besondere Probleme wird in der Gruppe diskutiert, die aus 5 - 7 Teilnehmern und dem Professor oder einem seiner Mitarbeiter besteht. Eine besondere Vorbildung wird zwar nicht vorausgesetzt, ist aber erwünscht. Diagnose und Behandlungsplan werden zwar durch die Ausbildungsleiter nach einer gewissen Vorklärung in den Grundzügen markiert, die weitere Behandlung führt aber der Student selbständig fort und ist auch allein dafür verantwortlich. Sie besteht vor allem in einer tiefenpsychologisch fundierten Behandlung, wie sie als "gezielte" oder "steuernde Analyse" von D. LANGEN beschrieben wurde und etwa der

"focussed Analysis" von D.H.MALAN u.a. entspricht. Ziel bei diesem Teil der Behandlung ist, mit einem Minimum an theoretischer Vorgabe und einem Maximum an individueller Nuancierung dem einzelnen Patienten gerecht zu werden.
Dabei wird dann die Unterstufe des autogenen Trainings und gegebenenfalls als Erweiterung und Vertiefung der psychotherapeutischen Grundübungen die gestufte Aktivhypnose in die Gesamtbehandlung integriert, wie es dem Modell einer zweigleisigen Psychotherapie entwpricht.
Der Zeitaufwand für das Seminar war so denkbar gering: Zu den zwei Seminarstunden, die soweit wie möglich als analytisch orientierte Selbsterfahrungsgruppe gestaltet wurden, kamen 1 bis 2 Stunden wöchentlich für die Behandlung des Patienten und die Zeit, die man zum Ausarbeiten der Notizen im Anschluß an die Gespräche braucht. Im Verlaufe der "Seminarstunden" hatten alle Teilnehmer die Gelegenheit, nacheinander alle Patienten zu sehen, Fragen an sie zu stellen bzw. zu beobachten, wie der Seminarleiter das Gespräch mit ihnen führte. Dies unterscheidet vor allem das Seminar von anderen als "Patienten-Untersuchungsgruppe" oder auch vor allem als "Balint-Gruppe" bekannt gewordenen Einrichtungen.

Das lebhafte Engagement der Teilnehmer für ihre therapeutische Tätigkeit und die packenden Diskussionen, die nicht nur zu den Seminarzeiten im Sommersemester 68 entstanden, sondern überall da, wo sich die Teilnehmer trafen, haben letzten Endes im Herbst 68 den Anstoß für die Entstehung dieser Arbeit gegeben.

I I I .

Das beschriebene Seminar bildet den Ausgangspunkt der Uberlegungen.
Die eingangs gestellten Forderungen nach einer Ausbildung in der Psychotherapie, die

1. bei geringem Zeitaufwand einen
2. möglichst großen Kreis von Studenten anspricht, die
3. nicht nur theoretisch, sondern vor allem praktisch erfolgt und
4. so durch persönliches Engagement eine möglichst große Effektivität erreicht,

müssen nun auf das Seminar angewandt werden.
Bei der Prüfung, ob das Seminar diesen Anforderungen genügt, entstehen allerdings einige methodische Schwierigkeiten. Eine genaue Aussage wird erst dann möglich sein, wenn die Studenten, die das Seminar mitgemacht haben, einige Jahre als Ärzte im Beruf stehen. Erst dann kann man beurteilen, ob sie sich in der Behandlung der Patienten mit "funktionellen" Leiden von ihren Kollegen unterscheiden.
Um die Effektivität des Seminars für die Studenten jetzt schon zu beurteilen, ist man auf deren subjektive Meinung über den Nutzen des Seminars angewiesen.
Den Nutzen des Seminars zu überprüfen und eventuell Verbesserungsvorschläge zu bringen, gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten.

1. Einmal kann man in den Krankengeschichten der behandelten Patienten nachforschen, ob die Behandlung von Erfolg war und worin dieser bestand.
   Das würde bei positivem Ergebnis der Untersuchungen die Existenzberechtigung des Seminars in der Ausbildung erweisen; über den Nutzen für die Studierenden wäre damit nur wenig gesagt.

In den meisten Fällen wurde die Behandlung ja auch nicht vom Studenten beendet: Meist mußte nach Semesterschluß der Patient von einem Mitarbeiter der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie übernommen werden. Nur in Ausnahmefällen konnte die Behandlung durch den Studenten über die Semesterferien hinaus ins neue Semester fortgeführt werden.

2. Es galt also, vor allem die Kollegen zu befragen, die das Seminar absolviert hatten. Dabei ergaben sich folgende Schwierigkeiten:
   1) Der Kreis war mit 5 - 7 Mitwirkenden pro Semester sehr klein. Damit war auch schon von vorneherein eine starke Auslese geschaffen, deren Ansicht über Psychotherapie, die Notwendigkeit intensiver Ausbildung und vor allem über die Probleme, die dabei entstehen, eine ganz andere sein dürfte als bei der großen Menge der Studierenden, für die das Seminar eigentlich gedacht war.
   2) Wegen der geringen Mitgliederzahl war es sehr schwierig, genügend ehemalige Teilnehmer zu sammeln: Die meisten waren, da in den ersten Jahren die Teilnehmerlisten nicht aufgehoben wurden, nur noch über persönlichen Kontakt durch Kollegen zu erreichen, die zur gleichen Zeit das Seminar absolviert hatten; viele hatten schon ihr Studium beendet oder hatten die Universität gewechselt und waren so unauffindbar.

So kamen nur 22 ehemalige Absolventen aus insgesamt 6 Semestern zusammen - eine Zahl, deren Befragung keine sichere Beurteilung der Probleme zuläßt, zumal schon die Problemstellung durch einen kleinen Kreis sehr Interessierter anders sein muß als durch die Gesamtheit der Medizinstudenten.

So gewonnene Ergebnisse auf die allgemeine Studiengestaltung zu übertragen, wäre riskant gewesen.
Es mußte daher umgekehrt vorgegangen werden:
Zunächst wurde ein größeres Studentenkollektiv befragt.
Die Fragen bezogen sich vor allem auf folgende Hauptgebiete:

1. grob orientierend auf den Wissensstand der Studenten im Fach "Psychotherapie"
2. auf die Bedeutung, die diesem Fach von studentischer Seite aus beigemessen wird
3. Beurteilung der Möglichkeit, ein Seminar "Psychotherapie für die Praxis" besuchen zu können und die Art seiner Durchführung.
5. Beurteilung eines der Kernprobleme:
   Darf ein Student ohne besondere Vorbildung zur Therapie eingesetzt werden oder verbietet die Rücksichtnahme auf den Patienten einen solchen Schritt? -
   Wie soll ein Student sonst lernen, die Rolle des Therapeuten auszuüben? -
6. Welche Vorübung muß vorausgesetzt werden?
7. Für welchen Personenkreis soll das Seminar gedacht sein? Kann man überhaupt einen Nutzen von ihm erwarten?

Für diese Meinungsumfrage wurde ein Fragebogen x) erstellt, bei dem auf eine Frage verschiedene Antworten vorgegeben waren. Jeweils eine Antwort pro Frage mußte durch Ankreuzen in einem vorgezeichneten Raster ausgewählt werden.
Befragt wurden alle Studenten, die im WS 1969/70 die Vorlesung "Psychotherapie" absolviert hatten, und zwar kurz vor Semesterschluß bei der Ausgabe der Hörerscheine.

---

x) Der Wortlaut der Fragebögen und das genaue Ergebnis der Auszählung sind im Anhang wiedergegeben.

Von 102 Studenten erklärten sich 90 (76 männliche und14 weibliche) bereit, den Fragebogen auszufüllen. Die Auszählung erfolgte nach dem Lege - Verfahren nach Alter und Geschlecht differenziert.
Als die Tendenzen und Problemstellungen feststanden, wurde eine zweite Meinungsumfrage vorbereitet, in der durch Fragebogen der gleichen Art die Absolventen des Seminars über ihre Eindrücke und Erfahrungen befragt wurden. Es waren im einzelnen

A) Fragen zur Vorbildung, zum Interesse an der Psychotherapie und ihre Einbeziehung in den späteren Beruf.
B) Fragen, die den Patienten und seinen Konflikt betrafen, ferner den Kontakt und den Übertragungsmechanismus, die Methode der Therapie, die Art und Entwicklung eventuell aufgetretener Krisen und ihre Bewältigung, schließlich Fragen nach dem Therapieerfolg und nach der Reaktion des Patienten auf die Feststellung, von einem Studenten behandelt zu werden.
C) Schließlich Fragen nach der bestmöglichen Organisation und Durchführung des Seminars, nach seinem Teilnehmerkreis und nach dem persönlichen und fachlichen Nutzen, den das Seminar gebracht hatte.

Sechs Kolleginnen und sechzehn Kollegen, die in der Zeit vom SS 1968 bis zum WS 1970/71 das Seminar absolviert hatten, konnten erfaßt werden.

Man muß sich im klaren darüber sein, daß in dieser Arbeit die Fülle der in diesem Thema beinhalteten Probleme und die Menge des sich bietenden Materials bei weitem nicht voll ausschöpfbar waren.
Schon beim Auswerten der Meinungsumfragen ergaben sich immer neue Ansatzpunkte zum Nachforschen.

Allein eine ganz in die Tiefe gehende Analyse der Fragebögen hätte den Rahmen der Arbeit gesprengt und die Übersicht vermissen lassen.
So habe ich darauf verzichten müssen, auf Nebenfragen einzugehen, möchte aber nicht versäumen, darauf hinzuweisen, welche interessanten Aspekte sich ergeben haben, denen nachzugehen sich lohnt.

1. Die Einstellung der Medizinstudenten zur Psychotherapie und ihre Erwartungen und Vorstellungen von diesem Fach sind möglicherweise im Augenblick in einem Wandel begriffen; die von mir durchgeführten Umfragen geben nur den Blick auf den augenblicklichen Stand der Meinungsbildung frei. Es dürfte daher interessant sein, kontinuierlich oder nach einiger Zeit zu erforschen, wohin der Trend geht.

2. Wie schon erwähnt würde eine katamnestische Studie der Patienten, die einmal bei einem Studenten in Behandlung waren, Aufschluß über die Erfolgsquote bei einer solchen Therapie geben; ich hatte den Eindruck, daß diese verglichen mit der ausgebildeter Psychotherapeuten recht günstig lag.

3. In Anlehnung an M.BALINT könnte man durch Studenten auch Patienten anderer Kliniken auf seelische Aspekte ihrer körperlichen Krankheiten untersuchen lassen.
Das würde einen guten Aufschluß über die Häufigkeit seelischer Überlagerung oder Bedingtheit "körperlicher" Erkrankungen geben und ein Hinweis für die Wichtigkeit der ganzheitlichen, "patientenorientierten" Medizin und Lehrmethode sein.

I V .

Da sich die Teilnehmer des Seminars immer aus einem kleinen Teil sehr interessierter Studenten rekrutieren (von 22 Teilnehmern gaben 15 an, sie hätten sich schon außerhalb des Studiums mit Psychologie und Psychotherapie beschäftigt, 2 hatten Psychologie als Zweitstudium und nur für 2 war das die erste Berührung mit diesem Fach), war es interessant, einmal von den anderen Studenten zu erfahren, wie sie die Bedeutung der Psychotherapie einschätzen. Von 90 Absolventen der Vorlesung meinten 63, die Psychotherapie werde heute noch in ihrer Bedeutung unterschätzt, 21 sahen sie richtig eingeschätzt, und nur 6 hielten sie für überbewertet. Ebenfalls 63 glaubten, daß zu wenige Patienten psychotherapeutisch betreut würden, 10 hielten die Versorgung für ausreichend, und 5 argwöhnten, es würden zu viele Patienten den Psychotherapeuten beanspruchen. 12 trauten sich kein Urteil in dieser Frage zu.
Das zeigt immerhin, daß die Mehrzahl der Studenten die Notwendigkeit sieht, die Disziplinen der Medizin zu fördern, die sich mit den seelischen Aspekten der Krankheiten befassen.
Eine grob orientierende Frage nach dem Wissensstand der Kollegen, die gerade ein Semester lang die einschlägige Vorlesung besucht hatten, läßt wenig Optimismus für die Zukunft aufkommen:
Auf die Frage: "Was ist eigentlich Psychosomatik?" konnten nur 49 eine richtige Antwort geben; 41 fanden keine oder nur eine falsche Antwort. Selbst wenn man einräumt, daß bei einem Teil derjenigen, die die Antwort ganz schuldig blieben, Bequemlichkeit eher als Unwissenheit

im Spiele war, ist das Ergebnis doch bedrückend.

Knapp die Hälfte (44) der Befragten hielt ein einstündiges Pflichtkolleg in Psychotherapie für "eigentlich zu wenig", 16 hielten eine Wochenstunde der Bedeutung des Faches für angepaßt und immerhin ein knappes Drittel (26) plädierte für eine allenfalls freiwillige Veranstaltung, die dann besonders Interessierten und Begabten zugute kommen sollte.
Trotz der Ankündigungen im Vorlesungsverzeichnis und in der Vorlesung selbst zeigten sich 17 von der Existenz des Seminars "Psychotherapie für die Praxis" überrascht, 38 wußten durch die Ankündigungen davon, ohne allerdings ein weitergehendes Interesse zu zeigen. Ein gutes Drittel nur (31) hatte sich offenbar etwas eingehender mit den Ankündigungen befaßt; die Kollegen gaben an, über das Seminar Bescheid zu wissen. In diesem Semester hatte das Seminar 6 Teilnehmer.
Untersucht man die Motive, die die bisherigen Teilnehmer dazu brachten, sich für das Seminar zu melden, so findet man, daß die meisten sich schon vorher für die Psychotherapie interessiert hatten: (Tab. 1)

Weshalb haben Sie sich für das Kolloquium eingetragen?

	weibl.	männl.	gesamt
Ich wollte mich testen, ob ich zur Psychotherapie geeignet bin.	0	0	0
Ich wollte mich schon von Anfang an in der Psychotherapie engagieren.	1	4	5
Ich habe mich schon lange für Psychologie und Psychosomatik interessiert und hier zufällig die Möglichkeit gefunden, meinen Interessen nachzugehen.	5	7	12
Ich habe die Ankündigung gehört und mich aus Neugierde eingetragen.	2	1	3
Keine Antwort	0	2	2
Gesamt:	8	14	22

Die wievielte Berührung mit diesem Fach der Medizin war das?

	weibl.	männl.	gesamt
Die allererste	1	1	2
Vorher schon Vorlesung über das autogene Training und seine Ausübung, Besuch der Hauptvorlesung	1	2	3
Häufige Beschäftigung mit psychologischen oder psychosomatischen Problemen auch außerhalb des Studiums	5	10	15
Psychologie als Zweitstudium	1	1	2
Gesamt:	8	14	22

So zeigt sich, daß der Besuch des Seminars für die meisten Teilnehmer ein wohldurchdachter und geplanter Teil ihrer Ausbildung ist.
Alle ohne Ausnahme wollen die Psychotherapie in irgendeiner Form später betreiben, und sei es, um in der Praxis die Bedeutung psychischer Krankheiten besser erfassen zu können (das allerdings mit 7 Stimmen nur beim kleinsten Teil).
Genau die Hälfte aller männlichen Befragten will Psychiater oder Psychotherapeut werden. Weil dieser Entschluß schon vorher so fest stand, ist es nicht verwunderlich, daß er durch die Teilnahme am Seminar bei den meisten nicht oder nur am Rande beeinflußt worden ist. Immerhin fühlten sich 7 bestätigt und nur 3 sahen sich abgestoßen oder ins Wanken gebracht. In zweien dieser Fälle war allerdings bei der Behandlung eine Krisensituation entstanden, die in einem Falle sogar zum Abbruch des Kontaktes führte. (Siehe unten)

Die Organisation des Seminars war wesentlich für seine Effektivität. Vor allen Dingen standen im Mittelpunkt unserer Diskussionen die Fragen nach der nötigen Vorbildung und nach der Unbedenklichkeit der Empfehlung, die Behandlung der Patienten auch von Studenten durchführen zu lassen. In anderen Fächern der Medizin waren die meisten der Befragten schon mehr oder weniger häufig therapeutisch tätig gewesen, etwa im Verlauf einer Famulatur, wie aus der folgenden Tabelle zu entnehmen ist. Die allermeisten sind auch der Ansicht, daß diese Methode (bei genügender Aufsicht) eine gerechtfertigte Art der Ausbildung ist, jedenfalls bei allen anderen Fächern der Medizin außer der Psychotherapie:

Sind Sie schon einmal - z.B. während einer Famulatur - therapeutisch tätig geworden, d.h. haben Sie schon einmal i.v.-Injektionen erteilt, Punktionen vorgenommen, bei Geburten oder Operationen assistiert?

	weibl.	männl.	gesamt
Nein	0	5	5
Bisher nur wenig	2	16	18
Ja, schon häufiger	11	52	63
(Keine Antwort)	1	3	4
Gesamt:	14	76	90

Sollten Ihrer Meinung nach Medizinstudenten der höheren Semester schon zu solchen therapeutischen Maßnahmen eingesetzt werden?

	weibl.	männl.	gesamt
Nein.Dafür ist die MA-Zeit	0	1	1
Nur nach genügender Vorbildung und unter Aufsicht	11	38	49
Auf jeden Fall	2	34	36
(Keine Antwort)	1	3	4
Gesamt:	14	76	90

Wenn man es überhaupt zuließe, sollte man dann in dem Fach Psychotherapie eine Ausnahme machen?

	weibl.	männl.	gesamt
Da sollte man eine Ausnahme machen	1	10	11
Da sollte man keine Ausnahme machen	9	37	46
Unentschieden	3	24	27
(Keine Antwort)	1	5	6
Gesamt:	14	76	90

Im Ergebnis der letzten Frage spiegelt sich die Unsicherheit wider, die auch wir als Teilnehmer des Seminars bei unseren Diskussionen immer wieder gespürt hatten.
Es kam darauf an, ob die möglichen Gefahren für Patienten und Studenten zu groß sind, oder ob sie sich durch geeignete Maßnahmen verringern oder gar verhindern lassen. Die Alternative zu dem Seminar jedenfalls ist die Fallbesprechungsgruppe, bei der der Dozent ab und zu Patienten vor einer kleinen Gruppe von Studenten exploriert und im übrigen nur wie in der Vorlesung über die Therapie und ihre Erfolge referiert:

Wie beurteilen Sie die Demonstration der Kontaktaufnahme Arzt - Patient durch den Professor vor einer kleinen Gruppe statt vor dem ganzen Auditorium?

	weibl.	männl.	gesamt
Das wäre eine echte Erweiterung und Vertiefung der Vorlesung	6	40	46
Das wäre zwar immer noch eine gestellte Situation, aber im Interesse des Patienten ist gerade in diesem Fach eine stärkere Einbeziehung der Studenten nicht tragbar	4	21	25
Das würde nach der Vorlesung nichts wesentlich Neues mehr bringen	4	14	18
(Keine Antwort)		1	1
Gesamt:	14	76	90

Sind Sie also ganz konkret für oder gegen die Einbeziehung von Studenten in die Behandlung seelisch Erkrankter?

	weibl.	männl.	gesamt
Dagegen	4	13	17
Dafür	9	44	53
Unentschieden	0	17	17
(Keine Antwort)	1	22	3
Gesamt:	14	76	90

Bei der Frage nach einer sinnvollen Organisation der Mitarbeit von Studenten in der Psychotherapie waren bei den Besuchern der Vorlesung die Meinungen geteilt:

Wie würden Sie sich die Durchführung eines solchen Kolloquiums vorstellen?

	weibl.	männl.	gesamt
Als eine Erweiterung der Vorlesung, z.B. eine klinische Visite mit anschließender Besprechung einiger Fälle.	3	15	18
Der Dozent sollte in kleinerem Kreise Patienten explorieren und später über Behandlung und Erfolge referieren.	5	23	28
Es sollten darüber hinaus noch Studenten bei der Behandlung eingesetzt werden.	5	35	40
(Keine Antwort)	1	3	4
Gesamt:	14	76	90

Von den Teilnehmern des Seminars hielten die meisten (17) den Besuch einer Fallbesprechungsgruppe v o r dem Seminar wegen der dadurch besseren Vorbildung für sinnvoll.

Damit ist wieder ein wichtiges Problem angeschnitten. Für die Teilnahme am Seminar war zunächst keine besondere Vorbildung verlangt, dann wurde nach Rücksprache mit den Teilnehmern ("Kann man das Ihrer Meinung nach verlangen?") die Lektüre des Buches "Psychotherapie" von D.LANGEN vor dem Besuch des Seminars empfohlen. Obwohl mit 53 von 90 Befragten die meisten für eine Einbeziehung der Studenten in die Behandlung

waren, waren die Ansichten über die notwendige Vorbildung sehr geteilt:

Welche minimalen Forderungen müßte man an die Vorbildung eines Studenten stellen, der in die psychotherapeutische Behandlung aktiv eingreift?

	weibl.	männl.	gesamt
Famulatur an einer psychosomatischen Klinik nach ausführlichem Studium der Vorlesungen und der Lehrbücher dieses Faches.	6	27	33
Vorlesung über Psychosomatik und autogenes Training; etwas eigenes Studium.	3	29	32
Kenntnisse des autogenen Trainings	1	3	4
Besondere Vorbildung ist nicht nötig.	0	5	5
(Keine Antwort)	4	12	16
Gesamt:	14	76	90

Wie groß die Unsicherheit bei der Beurteilung dieses Problems war, zeigt die Tatsache, daß 16 Studenten keine Antwort zu geben wagten.

Welche Vorbildung hatten nun tatsächlich die Teilnehmer des Seminars?

Konkrete Vorbildung der Seminarteilnehmer:

	weibl.	männl.	gesamt
Keine besondere Vorbildung	2	6	8
Eigenes Literaturstudium	2	3	5
Eigenes Literaturstudium und Famulatur an einer psychotherapeutischen Klinik	2	1	3
Psychologiestudium bis zum Vordiplom	2	2	4
Psychologiestudium über das Vordiplom hinaus	1	1	2
Gesamt:	[illegible]	13	22

Eine Teilnehmerin schrieb mir spontan auf die Rückseite des Fragebogens:
"Schwergewicht sollte von Anfang an darauf gelegt werden, daß Psychotherapie genau so lern- und lehrbar ist wie jedes andere Fach der Medizin, daß aber hier, genau wie in in den anderen Fächern, Grundlagenwissen erforderlich ist. Niemand wird einen Mediziner einen Blinddarm herausnehmen lassen, ohne sich davon überzeugt zu haben, daß er über Kenntnisse in Anatomie verfügt - so sollte auch niemand eine Psychotherapie betreiben, ohne Kenntnisse über die psychischen Abläufe zu haben. Andererseits wird niemand einen Blinddarm zu entfernen lernen durch Studium eines Anatomiebuches - er muß dann schon anfangen zu schneiden.

Deshalb ist es grundsätzlich sicher richtig, Studenten diese Möglichkeit der Praxiserfahrung zu bieten - aber man sollte sich vorher von den theoretischen Kenntnissen überzeugen bzw. eine Grundlagenvorlesung anbieten."

Hier waren schon bei unseren Diskussionen im Kolloquium des SS 68 die Meinungen geteilt. Die Forderungen nach einer Grundlagenvorlesung stellten bei einer Befragung insgesamt 5 der Seminarteilnehmer, 6 hielten eigenes Literaturstudium für sinnvoll. Nur für 3 war eine gute Allgemeinbildung und das Erreichen der klinischen Semester ausreichend und 8 hatten keine besonderen Vorschläge zu machen.

Die eigentliche Organisation des Seminars warf wenig Probleme auf. Nur ein Kollege fand die Gruppe zu groß, 13 fanden sie genau richtig und 8 beurteilten die Beteiligung im Vergleich zum Semesterjahrgang als zu gering.
So waren auch 15 für vermehrte Werbung und die Einrichtung von Parallelkursen und nur 6 wollten den Kreis so belassen, wie er war.
Bemerkenswert waren noch die Vorschläge, die zur Vermeidung möglicher Gefahren gemacht wurden.
(Obwohl eigentlich nur eine Antwort angekreuzt werden sollte, fanden sich hier häufig zwei oder drei Möglichkeiten angestrichen, die einander nicht ausschlossen.)
7 mal wurde von den Befragten die bessere Überwachung durch Fachärzte genannt, 11 mal wurde eine bessere Vorbildung gefordert. Die Analyse der möglichen Gefahren und Hinweise für ihre Vermeidung stand mit 17 Stimmen an der Spitze der Skala. An anderen Vorschlägen kam dreimal der Rat, die Patienten für das Seminar sorgfältiger auszusuchen. Einmal wurde bessere Zusammenarbeit in der Gruppe gefordert.

Was sind das nun für "Gefahren", die in Diskussionen über das Für und Wider des Seminars so häufig (besonders häufig übrigens von Nicht-Teilnehmern) genannt werden? Sind echte Gefahren vorhanden, ist es nur die Angst, es könne etwas passieren, oder sind es etwa nur Schreckgespenster, die von gar zu Vorsichtigen und Zaghaften anstelle von Argumenten angeführt werden?

Hier habe ich besonders sorgfältig alle Berichte gesammelt und verfolgt, um gerade bei diesem entscheidenden Problem so ausführlich wie möglich zu sein. Zur Analyse der Gefahren für Patienten und Studenten und für Hinweise zu ihrer Vermeidung soll diese Arbeit ein Beitrag sein. Auch über den Vorschlag, die Patienten besser auszusuchen, die einmal von Studenten behandelt werden sollen, wird noch ausführlicher die Rede sein.

Zuvor soll aber nach einem Erfahrungsbericht der Seminarteilnehmer auf die Patienten und die Art ihrer Konflikte, auf den Übertragungsmechanismus und auf die Art und den Erfolg ihrer Behandlung eingegangen werden.

Bei der Auswahl der Patienten waren von der Klinik schon bestimmte Grundsätze angewandt worden:

1. Patienten mit zu schwierigen Problemen sollten von vorneherein aussortiert werden.
2. Gleichaltrigkeit von Patient und Behandler. Es sollten möglichst Studenten oder Schüler sein, außerdem sollten Patientinnen nur von weiblichen, Patienten nur von männlichen Seminarteilnehmern behandelt werden.

Ob diese Leitsätze ausreichen und wie weit sie überhaupt verwirklicht wurden, muß gefragt werden.
In Wirklichkeit setzten sich die Patientinnen aus nur 3 Studentinnen und 5 Hausfrauen zusammen; 5 waren älter als ihre Therapeutinnen, 3 jünger.
Bei den männlichen Teilnehmern war die Bilanz etwas mehr im Sinne der Vorauswahl:

3 Schüler, 9 Studenten und zwei etwa gleichaltrige Berufstätige wurden behandelt, 13 waren jünger, 2 älter als ihre Therapeuten, 2 waren etwa gleichaltrig.

Bei der Typologisierung wurde die Nomenklatur von D.LANGEN verwandt, die den Mainzer Studenten ja am geläufigsten sein dürfte.
In Klammern wurde die etwas populärere Nomenklatur von J.H. SCHULZ angegeben, so wie LANGEN sie selbst seiner Namensgebung zuordnet. 19)

So ergab sich folgendes Bild:

♀	♂	insg	
1	0	1	Persönlichkeitsstörung; abnorme Persönlichkeitsentwicklung (Kernneurose)
3	2	5	Neurotische Entwicklung (Schichtneurose)
2	9	11	Durchsichtige abnorme seelische Entwicklung (Randneurose)
1	1	2	Abnorme seelische Reaktion (Fremdneurose)

Ein Kollege konnte keine genauen Angaben über die Art der Krankheit seines Patienten machen.
Außerdem fanden sich zwei psychiatrische Krankheitsfälle: eine Frau mit einem seit 10 Jahren anbehandelten malignen Zwangssyndrom und ein Patient, bei dem im Laufe der Behandlung eine initiale schizophrene Psychose immer deutlicher wurde.

Die Entwicklung eines therapeutischen Rapports wurde von 11 Behandlern als spontan gut bezeichnet, 9 fanden nach kurzer Anlaufzeit guten Kontakt und bei nur 2 Kollegen bestand eine ausgesprochen schlechte Kontaktfindung.

Interessant ist die Reaktion, die die Patienten zeigten, als sie erfuhren, daß ihr Therapeut noch kein fertiger Arzt sei:

11 von 22 zeigten keine besondere Reaktion (einige dieser Patienten haben möglicherweise gar nicht bemerkt, daß sie von Studenten behandelt wurden), 7 zeigten von Anfang an keine Vorbehalte. Indifferentes Verhalten nach anfänglichen Bedenken fand sich in zwei Fällen und in einem Fall wurde nach zuerst bestehenden Bedenken eine gute Zuwendung erreicht. Eine Kollegin blieb auf diese Frage die Antwort schuldig; mit Ablehnung und Mißtrauen dagegen reagierte nicht ein einziger Patient.

Die Mitarbeit der Patienten im Verlaufe der Therapie wurde von 11 als durchweg gut bezeichnet, meistens gut war sie bei 5 Kollegen. Allerdings klagten 6 über schleppende und oft unterbrochene Mitarbeit ihrer Patienten.

Wegen der besonderen Konstellationen (wenig älterer oder wenig jüngerer Kommilitone) war der Übertragungsmechanismus oft auf den Begriff "älterer Bruder", "erfahrene Freundin" festgelegt. Hier die wörtlichen Angaben der Kolleginnen und Kollegen:

1. Bei den weiblichen Patienten

4 mal "ältere Freundin"
"Mutter, aber neutral"
"jüngere Schwester" (war in der Familie dominierend!)
"Es kam keine eindeutige Übertragung zustande (weil ich der Patientin ablehnend gegenüberstand?)"

2. Bei den männlichen Patienten:

2 mal "Vater - Sohn"
3 mal "älterer Freund"
"positive Mutter-, negative Vaterübertragung"
"Wie ein freundlicher Lehrer" (wörtlich vom Patienten)
"guter Kumpel"
"zuerst: Ratgeber, Beichtvater,
jetzt: Freund, Vertrauter"
Fünf Seminarteilnehmer konnten keine genauen Angaben darüber machen.

Die Therapie bestand in 8 Fällen aus der tiefenpsychologisch orientierten Behandlung. Das autogene Training wurde in 9 Fällen in die Behandlung integriert, bei drei Patienten darüber hinaus noch die gestufte Aktivhypnose. Es wurde also in der Mehrzahl der Fälle eine "zweigleisige Psychotherapie" angewandt.
Auch weitere Methoden kamen zur Anwendung, so wurden die Traumdeutung nach SCHULTZ-HENCKE, "Dereflexion, stützende Gespräche, Milieuwechsel" und "Testpsychologische Verfahren, z.B. Rohrschach- und Wartegg-Test" je einmal genannt.

Der nächste Abschnitt, der über krisenhafte Situationen während der Behandlung berichtet, soll, etwas ausführlicher gehalten, einige Beispiele genauer beschreiben.
"Analyse der möglichen Gefahren und Hinweise auf ihre Vermeidung" lag den meisten Seminarteilnehmern am meisten am Herzen, als es darum ging, Möglichkeiten zur Vermeidung von Gefahren zu finden. Der Hinweis, daß durch mangelndes Wissen oder mangelnde Sorgfalt nicht beherrschbare Krisen ausgelöst werden können, war für viele Kommilitonen Grund genug, eine Behandlung von Patienten durch Studenten von vorneherein abzulehnen, und auch bei unseren Diskussionen innerhalb des Seminars war häufig die Sorge zu hören, "etwas falsch zu machen" oder "etwas zu übersehen". Von den 22 befragten Seminarteilnehmern berichten 11 über Krisen, die bei der Behandlung aufgetreten sind, von denen 4 zum Abbruch der Therapie führten. Diese vier Fälle sollen zuerst beschrieben werden.

1. Im ersten Fall handelt es sich um eine Patientin, die seit mehr als 10 Jahren ein zunächst nicht erkanntes, langsam progredientes und bei den verschiedenen Ärzten anbehandeltes malignes

Zwangssyndrom hatte. Die Diagnose konnte bei uns auch erst nach Wochen gestellt werden, weil die Beschaffung der Unterlagen der Vorbehandler einige Zeit in Anspruch nahm.
Die Therapeutin hatte versucht, die Unterweisung in autogenem Training zu beginnen, worauf die Patientin mit massiver Angstentwicklung reagierte. In der Folge kam es bei der durch die unerwartete Situation verunsicherten Therapeutin zu Gegenübertragung. Als die Kollegin (Zweitstudium Psychologie) merkte, daß sie Aggressionen gegen den Seminarleiter (er hatte sie ja in diese schwer zu meisternde Situation gebracht und dann nachher selbst die Behandlung auf einer mehr psychagogischen Ebene weitergeführt) an ihrer Patientin ausließ, brach sie von sich aus die Behandlung ab.

2. Im zweiten Fall wurde bei dem Patienten eine bis dahin nicht erkennbare schizophrene Psychose deutlich. Der Therapeut war beunruhigt durch den schlechten Kontakt und machte zunächst die wirklich zum Teil ungeeigneten Räumlichkeiten, negative Äußerungen vonseiten des Pflegepersonals und eigene mangelnde Sorgfalt für den schlechten Verlauf verantwortlich. Der Therapieversuch endete mit der Hospitalisierung des Patienten in der psychiatrischen Klinik.

3. Im dritten Fall mußte der Therapeut nach gutem Kontakt aus persönlichen Gründen zweimal den Termin mit seinem Patienten ausfallen lassen. Obwohl er ihn davon rechtzeitig benachrichtigt hatte, kam der Patient anschließend nicht mehr. Allerdings ging zu diesem Zeitpunkt schon das Semester zu Ende und möglicherweise war der Patient schon in seinen Heimatort zurückgefahren, so daß der Kontakt deshalb verloren ging.

4. Im vierten Falle blieb nach anfänglich gutem Kontakt die Patientin plötzlich aus unbekannten Gründen den Terminen fern. Versuche, die Ursache hierfür zu finden, schlugen fehl.

Bei keinem dieser Fälle, bei denen es zum Abbruch der Behandlung kam, kann man dem mangelnden Wissen des Therapeuten die Schuld geben; allerdings muß man dem Kollegen, der zweimal den Behandlungstermin ausfallen ließ, vorwerfen, daß ihm an der nötigen Sorgfalt mangelte. Der Fall des malignen Zwangssyndroms wäre wohl auch von einem erfahreneren Therapeuten nur schwer zu beeinflussen gewesen.

Es folgen nun die Darstellungen von sieben Fällen, bei denen die Krisen erkannt und abgefangen werden konnten; sie sollen zum Teil nur kurz skizziert werden.

1. Durch Schwierigkeiten bei der Diagnosestellung verzögerte sich der Beginn der Therapie. Die Patientin wurde ungeduldig. Die Schwierigkeiten konnten bald beseitigt werden.

2. Eine Patientin hatte Schwierigkeiten zu Hause und wollte sich deshalb vom Klinikbesuch fernhalten. Sie erschien einmal nicht zur Verabredung. Durch die Autorität der Therapeutin konnte die Krise überwunden werden.

3. Im Verlauf der Behandlung wurde die Patientin unter sie sehr belastenden Umständen (Defloration durch einen verheirateten Mann) unehelich schwanger. Dies verschwieg sie wochenlang der Therapeutin, die nach anfänglichen Therapieerfolgen durch das sich verschlechternde Zustandsbild unsicher wurde. Immerhin war der Kontakt doch so gut, daß ihr die Patientin schließlich alles erzählte. Durch psychagogische Führung konnte die Situation gemeistert werden.

4. Durch mangelnde Beherrschung der Gesprächsführung durch den Therapeuten entstanden immer wieder Widerstände des Patienten, die überwunden werden mußten.

5. Die Konflikte des Patienten waren stark verdrängt und es fehlte dem Therapeuten an Wissen und Erfahrung, die Hindernisse zu überwinden; außerdem bestand eine negative Übertragung, die Widerstände des Patienten erzeugte. Trotz dieser Schwierigkeiten kam die Behandlung, vor allem nach einer Übertragungsanalyse, langsam voran.

6. Schwierigkeiten begannen, als der Therapeut beim Patienten dessen ambivalente Einstellung zu seiner Freundin entdeckte. Therapiewege, die in der Gesprächssituation erkannt und spontan akzeptiert worden waren, wurden bei späteren Diskussionen mit der Freundin teils ungünstig modifiziert, teils abgelehnt und mußten in der Folge mit Nachdruck beschritten werden.

7. Nach guter Kontaktfindung und leichter Besserung der Symptomatik (Tachykardie und Krämpfe im Oberbauch) bei einem Patienten mit ausgeprägtem ehrgeizigem Erfolgsstreben riet ein nebenher konsultierter Arzt dem Patienten, er solle doch sein Studium lassen, da er es ja bestimmt nicht schaffen werde. Er könne ihm bei seinen Beschwerden jedenfalls nicht mehr helfen, vermutlich sei alles sowieso "nur neurotisch". Der Patient antwortete mit beängstigender Verschlechterung seiner Symptome und kollapsartigen Zuständen in Gegenwart des Therapeuten. Der bezog diese Wendung auf die Folgen seiner Therapie und beging den Fehler, seine starke Sorge um den Patienten merken zu lassen, worauf sich das Zustandsbild noch mehr verschlechterte. Durch Eingreifen des Seminarleiters, dem der ratlose Therapeut sein

Leid geklagt hatte, konnte die Situation zunächst gerettet werden. Später erfuhr der Therapeut von den Vorgängen und konnte seinem Patienten die Zusammenhänge vor Augen führen. Von da an ließ sich eine ständige Besserung feststellen. [1)]

Gerade der letzte Fall zeigt deutlich, daß wie bei den meisten anderen nicht mangelndes Wissen des Therapeuten die Krise auslöste, sondern mangelnde Erfahrung, und daß sie allenfalls durch einen routinierteren besser zu beherrschen gewesen wäre. Trotzdem machen sich von den 11 Kollegen 8 den Vorwurf, durch ihr mangelndes Wissen nicht Herr der Lage gewesen zu sein, eine Kollegin gibt ihrer ungenügenden Vorbildung die Schuld am Zustandekommen der Krise und nur 2 sind der Meinung, daß auch besseres Wissen nichts am Verlauf der Schwierigkeiten geändert hätte.

Die Teilnehmer des Seminars wurden vom Autor auch nach dem Zustand der Patienten nach Abschluß der Behandlung gefragt. Natürlich sind das nur subjektive Aussagen und trotz des sehr selbstkritischen Eindrucks, den die Kollegen bei der Schilderung der Krisen machen, mag sich die eine oder andere optimistische Beurteilung eingeschlichen haben: 6 gaben den Zustand des Patienten nach der Behandlung als deutlich gebessert oder geheilt an, 8 meinen, von einer leichten Besserung sprechen zu können, bei 4 Patienten war der Zustand unverändert (dabei war allerdings die Patientin mit dem Zwangssyndrom), und ein Kollege berichtet von einer Verschlechterung (sein Patient war der mit der schizophrenen Psychose). Bei 3 Kollegen war die Behandlung noch nicht abgeschlossen.

---

1) Mittlerweile hat dieser Patient sein Studium durch sein mit sehr gutem Erfolg abgelegtes Examen beendet.

Zum Schluß blieb noch die Frage nach dem Nutzen des Seminars für die Studenten.
Die Studenten, die das Seminar nicht besucht hatten, waren durchweg kritisch: einen "hohen Wert" sahen nur 36 von 90.
29 sprachen von keiner echten Erfahrung, da man ja als Student keine echte Verantwortung getragen habe und die Situation so letzten Endes doch gestellt sei. 21 wußten keine Antwort; für 4 war die Gefahr, sich zu verzetteln oder verwirren zu lassen, zu groß.
Von den Teilnehmern hatten 12 fachlich und persönlich profitiert, 3 vorwiegend fachlich; für 5 war der persönliche Nutzen ausschlaggebend. Nur 2 hatten keinen fachlichen oder persönlichen Nutzen aus dem Seminar ziehen können; darunter war der eine Kollege, dessen Patient nach zweimaliger Verschiebung des Termins die Behandlung abgebrochen hatte. 5 der Teilnehmer sehen in dem Seminar in jedem Fall eine vertretbare Art der Ausbildung. 13 machten die Einschränkung, daß man die Gefahren nicht verkennen dürfe. 4 hielten die Gefahren für zu groß. Bei dreien von ihnen waren bei der Behandlung Krisen aufgetreten, die sich bei zweien nicht beherrschen ließen und zum Abbruch der Behandlung führten.
So ergibt sich eine im Ganzen doch positive Aussage für das Seminar. Die ablehnende Haltung von dreien der Seminarteilnehmer ist zu verstehen - schließlich hatten sie Krisen durchzumachen, und zwei von ihnen mußten die Behandlung deswegen abbrechen. Allein aber die Tatsache, daß es übernaupt Krisen gegeben hat, muß den Anstoß geben, durch geeignete Maßnahmen ähnliche Situationen ein weiteres Mal zu verhindern.

Als eine der letzten Fragen in beiden Fragebögen wird untersucht, für wen das Seminar geeignet sein solle: Nur für spätere Psychotherapeuten,

darüber hinaus für besonders Begabte oder besonders Interessierte oder für jeden angehenden Arzt. Hier ist das Ergebnis überraschend: Trotz vieler im Verlauf der Befragung zum Vorschein gekommener Zweifel und Kritiken hält bei beiden befragten Gruppen die überwältigende Mehrheit (17 von 22 bzw. 70 von 90) das Seminar geeignet für jeden zukünftigen Arzt.

V. Diskussion

Nach dieser Vorstellung des Seminars "Psychotherapie für die Praxis", seinen Voraussetzungen und seiner Durchführung, nach kritischen und zustimmenden Meinungen, müssen wir noch einmal auf die zu Anfang gestellten Forderungen an eine Ausbildung in der Psychotherapie zurückkommen:

1. Geringer Zeitaufwand
2. Platz für möglichst viele Studenten
3. nicht nur theoretischer Unterricht, auch praktische Übungen
4. größtmögliche Effektivität durch größtmögliches Engagement.

Durch die Möglichkeit, als Student schon Patienten behandeln zu dürfen, sind die Punkte drei und vier wohl voll erfüllt. Desgleichen ist ein Zeitaufwand von etwa vier Stunden wöchentlich durchaus zu vertreten, zumal die Stunden, die der Beschäftigung mit dem Patienten dienen sollen, frei festgelegt werden können und daher mit keiner Vorlesung zu kollidieren brauchen. So dürften alle Forderungen außer der zweiten (keine Beschränkung der Teilnehmerzahl) erfüllt sein.
Gerade hier ist aber eine Einschränkung bedauerlich: Zwar sollte die Seminargruppe immer möglichst klein und somit effektiv gehalten werden, und es stehen für die Seminarstunden und die Behandlung der Patienten auch nur wenige und nicht immer besonders gut geeignete Räume zur Verfügung, aber das sind ja letztlich nur organisatorische Probleme. Da bei weitem die meisten befragten Studenten der Meinung waren (ob sie am Seminar teilgenommen hatten oder nicht), das Seminar sei für jeden angehenden Arzt geeignet, sollte auch möglichst für jeden Medizinstudenten ein Platz bereitgestellt werden. Bisher war

bei der Ankündigung in Vorlesungsverzeichnis und Vorlesung die Teilnehmerzahl als auf 5 - 8 Kollegen beschränkt angegeben worden, was sicherlich so manchen Interessierten davon abgehalten hat, sich zu melden. Um die Einstellung der Ärzteschaft (wenn nicht gar der Öffentlichkeit) psychischen Problemen gegenüber im günstigen Sinne zu beeinflussen, genügt es nicht, wenn nur einige wenige pro Semester in den Genuß dieser Ausbildung kommen.

Vorschläge und Möglichkeiten zur Erweiterung des Seminars (einige sind schon teilweise verwirklicht) sollen diskutiert werden. Zunächst aber will ich auf einige grundsätzliche Bedenken eingehen und einige Voraussetzungen erläutern.

Eine wichtige Frage ist die der Vorbildung der Seminarteilnehmer. Immer wieder haben wir in unseren Gruppen darüber diskutiert, ob es zulässig ist, praktisch ohne Fachwissen den Versuch einer so diffizilen Therapie zu machen. "In jedem anderen Fach der Medizin würde man das als Scharlatanerie bezeichnen", war die extreme Position eines kleinen Teils der Seminarteilnehmer. Besonders bei Fehlschlägen und Krisen kam doch häufig die Befürchtung zum Ausdruck, unzulänglich ausgebildet zu sein. So zeigt ja auch die Beantwortung der Frage 11 des 2. Fragebogens, daß die allermeisten mit ihrer Vorbildung unzufrieden waren und ihr die Schuld an der mangelhaften Beherrschung einer Krise gaben - oft übrigens ohne objektiven Grund. Nur zwei Teilnehmer suchten die Schuld bei Dingen, die außerhalb ihres Einflusses lagen. Auch in der Frage 16 des 1. Fragebogens und im Gespräch mit Kollegen, die nicht am Seminar teilgenommen hatten, tauchen im allgemeinen maximale Forderungen an die Vorbildung auf, manche sind sogar der Ansicht, man solle die Beschäftigung mit psychisch Kranken in die Medizinalassistentenzeit oder gar die

Facharztausbildung verlegen. Aber welcher Medizinalassistent kommt schon mit "psychischen Fällen" in Berührung, es sei denn, er interessiere sich besonders dafür; und wenn man - wie leider bisher meistens - erst in der psychiatrischen Facharztausbildung die Exploration eines Patienten mit psychosomatischem Leiden lernt, dann ist die Chance vertan, eine den ganzen Menschen umfassende, "patientenorientierte" Medizin jedem Studenten zu unterrichten, der sich in den klinischen Semestern befindet. Dazu kommt, daß die "Gefahren" für Patient und Therapeut natürlich bei jedem Anfänger auftauchen, sei er Student oder approbierter Arzt. Aber es hat einen großen Vorteil, sich als Student voller Enthusiasmus ein ganzes Semester lang mit einem Patienten befassen zu können statt vielleicht unter dem Druck der ungeschriebenen Krankengeschichten oder des vollen Wartezimmers Psychotherapie lernen und betreiben zu müssen. Verringert werden die Bedenken durch diesen Einwand, daß der Lernende jederzeit die Möglichkeit der Rückfrage beim Seminarleiter hat und einmal wöchentlich seine Probleme mit den anderen besprechen kann.

Bei dem Versuch, die erste Beschäftigung mit der Psychotherapie in das klinische Studium zu verlegen, stößt man auf folgende Schwierigkeiten: Läßt man Studenten praktisch ohne Vorbildung zur Behandlung von Patienten zu, treibt man sie beim Auftreten der ersten Krise durch das Gefühl der Unzulänglichkeit in die Regression: Die eigene Initiative läßt deutlich nach, und wie in der Kindheit die Figur des Vaters wird nun die Vaterfigur des Lehrers beschworen, der die Sache dann wieder in Ordnung bringen soll. Für die zukünftige Beziehung zwischen praktischem Arzt und Psychiater oder Psychotherapeuten und eine gute kollegiale Zusammenarbeit ist das nicht gerade die beste Voraussetzung.

Es kann sich leicht entwickeln, was BALINT "Verewigung des Lehrer - Schüler - Verhältnisses" nennt. Allerdings ist das Lehrer - Schüler - Verhältnis ja durchaus nicht nur in der Psychotherapie, sondern auch in anderen Fächern normal; es ist nur danach zu trachten, daß es dann nach dem Examen in das Verhältnis zweier gleichgestellter Kollegen übergeht. Wenn nämlich der Lehrer es versteht, dem Studenten diesem Mechanismus klar zu machen und die Krise beherrscht werden kann, verkehrt sich unter Umständen die schwierige Situation durch die Einsicht in psychische Vorgänge und durch das Erfolgserlebnis in einen ausgesprochenen Gewinn.

Die andere Alternative, den Studenten erst nach möglichst umfangreicher Vorbildung zur Therapie zuzulassen, hat den Vorteil der subjektiven und objektiven größeren Sicherheit, aber den Nachteil des größeren Zeitaufwandes. Viele sonst Interessierte werden bei der Vielzahl der abzuleistenden Kurse die Verzettelung fürchten. Der Besuch freiwilliger Vorlesungen mit besonderer Thematik ist ja immer recht spärlich.
Es muß somit ein Kompromiß gefunden werden, der am besten noch eine größere Teilnehmerzahl als bisher ermöglicht.
Bisher war die Vorbildung ja recht unterschiedlich: Studenten mit praktisch keinerlei Vorkenntnissen nahmen ebenso am Seminar teil wie Kollegen mit Psychologie als Zweitstudium. Empfohlen war lediglich der vorausgegangene oder gleichzeitige Besuch der einstündigen Psychotherapie-Vorlesung, Kenntnisse im autogenen Training (wird in Mainz durch eine Vorlesung vermittelt, die schon unter Vorklinikern regen Zuspruch hat) und etwas eigenes Literaturstudium, besonders der Psychodiagnostik.
Geht man die gebotenen Möglichkeiten durch, die ohne größeren Zeitaufwand eine etwas bessere Vorbildung gewährleisten, so stößt man zunächst auf die ohnehin bald kommende, obligatorische Unterrichtung der vorklinischen Studenten in Medizinischer Psychologie.

Als zweites bietet sich die Fallbesprechungsgruppe an, und zwar nicht wie von einigen verlangt (siehe Fragebogen I Frage 13, Fragebogen II Frage 3), sondern als Voraussetzung für das Seminar; denn zum Vermitteln der typischen analytisch-orientierten Gesprächssituation ist das Seminar unersetzlich. Jede andere noch so gute Demonstration der Exploration ist doch eine gestellte Situation, weil außer dem Patienten und dem Therapeuten ja noch mehrere andere Personen anwesend sind.
Vermutlich würde es auch vielen Studenten leichter fallen, zunächst bei einer Fallbesprechungsgruppe mitzumachen als gleich den Sprung ins tiefe Wasser, d.h. in die Therapie des Patienten zu wagen.
In diesen Gruppen könnten die schon durch die Vorlesungen in medizinischer Psychologie (Vorklinik) und Psychotherapie (Klinik) gewonnenen Kenntnisse vertieft und ausgebaut werden, dazu kämen die ersten Erfahrungen in der Gruppendynamik.
Durch diese kontinuierliche Ausbildung, zu der die erfahrungsgemäß gut besuchte Vorlesung über das autogene Training kommen kann, werden vermutlich mehr Kollegen als bisher den Weg zum Seminar "Psychotherapie für die Praxis" finden, vor allem wenn man sich dazu entschließt, die Fallbesprechungsgruppe wie die Vorlesung zur Pflicht zu machen. Das würde dann dem ersten der beiden Seminare im BALINTschen Experiment entsprechen. Auch der Vorteil, daß viele, die sich ursprünglich gar nicht in der Psychotherapie engagieren wollten, nun plötzlich ihr Interesse oder ihre Begabung entdecken, kommt auf diese Weise ebenso zum Tragen wie bei BALINT.

Das würde allerdings bedeuten, daß das Seminar (das natürlich eine freiwillige Veranstaltung bleiben muß) wesentlich mehr Studenten aufnehmen müßte

als bisher, die Beschränkung der Teilnehmerzahl auf maximal 8 müßte wegfallen. Meiner Meinung nach würde das aber kaum mehr als organisatorische Probleme aufwerfen:

1. Es müßten genügend Räume zur Verfügung stehen, damit die Exploration der Patienten von äußeren Mängeln unbeeinflußt vor sich gehen kann. Das ist ein Problem der lautstarken Forderung; in anderen Fächern, wo man Laboratorien und Kursräume brauchte, hat man sie ja auch gebaut.

2. Um die Gruppen möglichst klein zu halten, müßten entsprechend viele Gruppenleiter zur Verfügung stehen. Das könnten - wie in anderen Fächern auch - ältere Studenten sein, die das Seminar schon einmal mitgemacht haben und sich noch weiter engagieren wollen. Natürlich muß die Kontrolle durch den Dozenten gegeben sein: Er und seine engen Mitarbeiter müßten durch die Gruppen "rotieren", um Fragen entgegenzunehmen und Ratschläge zu erteilen. Das müßte selbst bei einer sehr optimistischen Erwartung von 5-10 Gruppen zu je 5-8 Teilnehmern zu machen sein. Die Gruppenleiter könnten auch bei Fallbesprechungsgruppen Patienten vorstellen und über deren Beschwerden und den Gang der Behandlung berichten. So würde nach und nach sich eine Organisation im Sinne eines Tutorensystems einrichten lassen.

Ein wichtiges und bisher noch kaum beachtetes Problem bei der Organisation des Seminars ist die Frage, wie die Patienten ausgesucht werden sollen, die dann den Studenten zugeteilt werden.
Bei H.H. WOLFF gibt es keine besonderen Hinweise auf die Auswahl der Patienten, bei M.BALINT handelt es sich um Patienten der internen, chirurgischen und gynäkologischen Kliniken ohne eine besondere Auslese nach bestimmten Kriterien. Nun halte ich aber bei diesem Experiment, gerade auch bei rein psychosomatischen Fällen, wegen der besonderen Situation eine Auslese für dringend erforderlich:

Man darf nicht vergessen, daß da ein Student seine erste Exploration und Therapie durchführen soll, der
a) nur eine kurze Ausbildung hat und
b) meist nur ein knappes Semester Zeit dazu hat.
Zwar sind bisher auch gewisse Auslesekriterien angewandt worden (möglichst Schüler und jüngere Studenten mit nicht zu komplizierten seelischen Störungen, dazu nur gleichgeschlechtliche Konstellationen von Patient und Therapeut), aber sie reichen nicht aus, zumal sie gelegentlich nicht eingehalten werden können. (s. Frage Nr. B1 des 2. Fragebogens.)

Wenn man von vorneherein schwierige Fälle aussortiert, so kann man auch die Anforderungen an die Vorbildung zurückschrauben; wenn man Patienten nimmt, die nur einer verhältnismäßig kurzen Therapie bedürfen, bietet man dem Anfänger das Erfolgserlebnis, eine psychotherapeutische Behandlung in der ihm zur Verfügung stehenden Zeit abgeschlossen oder entscheidend vorangebracht zu haben. So bieten sich bei der Auswahl der Patienten für das Seminar ganz von selbst dieselben Kriterien an wie bei der Auswahl von Patienten für eine Kurztherapie.
Nach BATTEGAY und anderen sind das:
1. Geringe Dauer der Symptomatik
2. Gut abgegrenzter Konflikt
3. Bewußtseinsnähe bei
4. starkem Leidensdruck
5. Intelligenz der Patienten
Diese Kriterien lassen sich leicht bei einer kurzen Vorexploration durch einen Mitarbeiter der Klinik prüfen, ehe der Patient einem Studenten zur Therapie zugewiesen wird. Das geschieht in Mainz an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie auch durchaus; man muß allerdings auch bedenken, daß hier leichtere seelische Störungen

vom Typ etwa der abnormen Erlebnisreaktion nur in den seltensten Fällen Aufnahme finden, da diese Patienten meist vom praktischen Arzt behandelt werden. Ihre Behandlung würde das Fassungsvermögen der Klinik bei weitem übersteigen.
Betrachtet man nun aber die Beantwortung der Frage B3 des 2. Fragebogens, wo die Seminarteilnehmer nach der Diagnose der behandelten seelischen Störung gefragt werden, so muß man feststellen, daß diese Voraussetzungen häufig nicht erfüllt waren. Selbst wenn man in Rechnung stellt, daß gerade bei dieser Frage Übertreibungen von seiten der Studenten das Bild ein wenig verzerren können, wiesen wohl zu viele Patienten zu komplizierte, zu versteckte und zu langwierige Leiden auf. Es wäre interessant, einmal in einer katamnestischen Studie festzustellen, wie die Ausgangssituation und der Zustand der Patienten vor Beginn der Behandlung durch einen Studenten waren und welche Erfolge resultierten. Daß dies bisher nicht geschehen konnte, war auf ein Versehen zurückzuführen: leider war auf den Krankenblättern nie vermerkt worden, daß und wann speziell ein Student die Behandlung übernommen hatte. So müssen wir uns auf die Angaben der Seminarteilnehmer verlassen, wie das Befinden des Patienten nach Abschluß ihrer Behandlung war. Bei den von mir direkt Befragten konnte ich allerdings die Feststellung machen, daß im allgemeinen eher die vorsichtigen, selbstkritischen und zurückhaltenden Kommentare überwogen.

Nach diesen ausführlichen Darstellungen zur Organisation des Seminars möchte ich noch einmal kurz zusammenfassen, wie ich mir den Gang der patientenorientierten Ausbildung in der Psychotherapie vorstelle:

Nach dem Physikum und den theoretischen und den Grundlagenfächern der Klinik sollte der Student im 3. oder 4. klinischen Semester die Vorlesung "Psychotherapie" als Pflichtvorlesung hören. (Möglichst vorher

schon könnte er eine freiwillige Vorlesung über autogenes Training besucht haben.)
Parallel zur Hauptvorlesung sollte eine Fallbesprechungsgruppe besucht werden. Diese sollte, wenn man sie nicht zur Pflicht machen will, doch dringend empfohlen werden.
Ein Semester später steht das freiwillige Seminar "Psychotherapie für die Praxis" zur Verfügung, dessen Voraussetzungen die Vorlesung und der Besuch der Fallbesprechungsgruppe sein sollten.
Wer sich dann noch weiter mit Psychotherapie beschäftigen will, kann als eine Art Tutor Seminargruppen leiten oder in den Fallbesprechungsgruppen Patienten demonstrieren und über Gesprächsführung und Therapie referieren.

Dieses Schema ließe sich wohl ohne Schwierigkeiten in den Stundenplan jedes Studenten einbauen: Gleiche Chancen in einer allen zugänglichen Ausbildung wären somit gesichert.

Jeder, der für sein Fach mehr Wochenstunden, bessere Räumlichkeiten oder mehr Geldmittel fordert, muß es sich zunächst gefallen lassen, daß man ihm Fachegoismus vorwirft, mag er noch so beteuern, er wolle eine klaffende Lücke füllen oder ein bisher vernachlässigtes Gebiet erschließen. So muß auch das Seminar "Psychotherapie für die Praxis" davor in Schutz genommen werden, als reine Fachveranstaltung ohne Anspruch auf überfachliche Bedeutung betrachtet zu werden, die ihm meiner Meinung nach unbedingt zukommt.
Zwar soll die Hoffnung ausgesprochen werden, daß das Seminar auch auf dem Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie Vorteile bringt und den erschreckenden Mangel an Psychiatern und Psychotherapeuten ein wenig ausgleichen hilft (siehe Fragebogen II, Frage A6, A7),

aber der Hauptakzent liegt wohl auf dem Wort "Praxis", also in der Ausbildung der zukünftigen Allgemeinmediziner und der praktisch tätigen Internisten und Gynäkologen.

"Teils wegen des Standes unseres Wissens, aber auch teilweise wegen unserer einseitigen Ausbildung weiß der Arzt einfach mehr über physische Krankheiten und fühlt sich dadurch auf diesem Gebiet sicherer und auf festerem Grund, als wenn er es mit einer funktionellen oder neurotischen Erkrankung zu tun hat" (BALINT) Dieses Zitat kennzeichnet sehr treffend die Situation des praktischen Arztes, der, obwohl er laufend mit psychischen Störungen konfrontiert wird (die Angaben schwanken je nach Verfasser zwischen 30-80% der Patienten), doch nur oder vorwiegend körperliche Krankheiten diagnostiziert und behandelt. Die Wurzel zu dieser Haltung liegt zweifellos in der Ausbildung: Es werden Fälle demonstriert, deren Publikation in der Weltliteratur unter Umständen beträchtliches Aufsehen verursacht. Nur in der Behandlung psychischer Störungen erwartet man von ihm, daß er irgendwann durch Erfahrung und Halbwissen die richtige Methode findet. Aber es ist nicht allein eine Frage des Wissens, die einen jungen Kollegen zum "krankheitsorientierten" statt zum "patientenorientierten" Arzt werden läßt und ihn zwingt, sein kleines Teilgebiet, die oft genug vorgeschobenen Herz-, Magen-, Kopfschmerzen zu betrachten, statt den ganzen Menschen mit seinen Problemen zu sehen. Das allein würde nicht die oft spöttelnde, abwertende Haltung vieler Kollegen psychosomatischen Problemen gegenüber erklären. Es ist offenbar leichter, sein "Unwissen" auf einem "somatischen" Gebiet zuzugeben ("Ich schicke Sie mal zum Orthopäden, der versteht mehr davon als ich") als auf psychotherapeutischem Bereich.

Die Fehlhaltung, seelische Störungen mit Begriffen wie "Drückebergertum", "Minderwertigkeit", "Schwächlichkeit" zu verbinden, ist bestimmt schon in der Öffentlichkeit weit verbreitet, wird bei dem jungen Mediziner während seiner Studien aber noch durch gewisse Mechanismen gestärkt:
Der Flut der auf inn einstürzenden Namen, Daten, Symptome steht der Student zunächst vollkommen hilflos gegenüber. Er bekommt Einblick in Schicksale, die er sich kaum vorstellen kann und mit denen er sich nicht identifizieren möchte. Er zieht sich zurück und flüchtet sich in eine Regression, die er aber nicht eingestehen kann, am wenigsten vor sich selbst. Schließlich ist er als zukünftiger Arzt Teil dieser allwissenden, furchtlos-gütigen und unverletzlichen Gewalt, deren Vertreter ("Halbgott in Weiß", "Herrscher über Leben und Tod", "Hinter uns steht nur der Herrgott") über Leben und Tod entscheiden. Ein Ausdruck der Kompensation ist die schnodderige Sprache der jungen Mediziner, die den Eindruck erwecken soll, man stünde über allem.
Ein anderer Ausdruck der Bemühung, die entschwundene Sicherheit wieder in den Griff zu bekommen, ist das Einordnen, Katalogisieren, Belegen mit Namen.
Es muß eine uralte Vorstellung sein, daß man etwas erst richtig in der Gewalt hat, wenn man seinen Namen weiß (Sage vom Lohengrin, Märchen vom Rumpelstilzchen). Wenn sich etwas nicht richtig einordnen läßt (hier macht sich das Fehlen einer exakten und allgemeingültigen Nomenklatur in der Psychotherapie schmerzlich bemerkbar) oder die Aufgabe der mühsam erlernten Kaltschnäuzigkeit verlangt, ist ein verstärkter Widerstand dagegen die Folge. So werden seelische Störungen verharmlost, abgewertet, lächerlich gemacht.

Dem größten Teil der Studenten ist dieser Mechanismus weitgehend unbekannt. Hier bietet das Seminar eine Möglichkeit, durch Bewußtmachen von Vorgängen in einer Lehrgruppe die Kenntnis und richtige Wertung solcher Vorgänge nachzuholen.
Vorher hat der Student die Krankheiten und ihre Symptome betrachtet, nun entdeckt er die Zuwendung zum Patienten wieder, und zwar nicht nur theoretisch, sondern durch die praktische Anwendung im Umgang mit dem seelisch gestörten Mitmenschen, und dadurch den psychotherapeutischen Umgang im weiteren Sinn.
Auch die Nomenklatur, deren Kenntnis sich vorher oft nur in wenigen unklaren Begriffen wie "Hysterie", "Neurose" etc. erschöpfte, wird erweitert durch exaktere Begriffe auf eine etwas festere Basis gestellt. So wird es dem zukünftigen Arzt hoffentlich gelingen, seinen Umgang mit dem Patienten aus der Subjekt-Objekt-Beziehung herauszulösen. Denn wenn er nur seine Lunge perkutiert, seinen Tumor tastet, seine Körpersäfte analysiert und Röntgenbilder und EKG-Kurven betrachtet, ist der Patient wenig mehr als ein Objekt. Jede Exploration oder Behandlung setzt aber voraus, daß er Arzt die Wechselwirkung zwischen ihm und dem Patienten erkennt und richtig zu deuten weiß.
Er muß sich also darüber im klaren sein, daß er nicht wie ein Katalysator bei einem chemischen Prozeß bei dem Patienten den Prozeß der Heilung bewirkt (dieser Vergleich stammt von BALINT), sondern daß sich zwischen Patient und Therapeut wechselseitige Beziehungen entwickeln, daß er unter Umständen seine ganze Persönlichkeit einsetzen muß.
Die Erkenntnisse, die er im psychotherapeutischen Seminar gewonnen hat, werden ihm helfen, dies in einer sinnvollen Weise zu tun.

VI. Zusammenfassung

Ausgehend von der Situation seelisch Kranker in der Bundesrepublik und der Frage, wie man ihre oft nicht ganz ausreichende ärztliche Versorgung verbessern könne, war der emotionelle Teil der Ausbildung der Medizinstudenten in den Mittelpunkt der Untersuchungen gestellt worden. Gerade in dem Fach "Allgemeine Psychotherapie", in dem vor allen Dingen auch alle praktischen Ärzte einige Kenntnisse aufweisen sollten, sind die Möglichkeiten der Ausbildung noch nicht erschöpft.
So wurde die Forderung nach einer "patientenorientierten Lehrmethode" erhoben, die möglichst vielen Studenten die Möglichkeit bietet, bei vertretbar geringem Zeitaufwand durch praktischen Umgang mit seelisch Gestörten die Diagnose und Therapie ihrer Krankheiten zu begreifen oder zu erlernen. Da solche Modelle in Deutschland meines Wissens noch nicht beschrieben sind, wurden zwei Versuche aus England erläutert, deren gemeinsames Merkmal es ist, daß Studenten zur Diagnostik und Therapie seelischer Erkrankungen eingesetzt werden. Diesen Experimenten wurde ein seit 1965 an der Klinik und Poliklinik für Psychotherapie in Mainz laufender ähnlicher Versuch zur Seite gestellt, an dem ich selber über ein Jahr beteiligt war. [1]
Um die ganze Vielfalt der Meinungen, Befürchtungen und Probleme einerseits und der Erfahrungen, Anregungen und und Kritiken andererseits überschauen zu können, habe ich zwei Meinungsumfragen entworfen und durchgeführt: die eine richtete sich an alle Studenten, die im Wintersemester 1969/70 die Vorlesung "Psychotherapie" gehört hatten, die andere erfaßt alle noch greifbaren Kollegen, die in dem Seminar "Psychotherapie für die Praxis" Patienten behandelt hatten.

---

1) nach analogen Versuchen durch LANGEN an der Universitäts-Nervenklinik Tübingen seit 1963

Dabei wurde auf Fragen und Probleme, die bei der Analyse des ersten Fragebogens deutlich wurden, in der Formulierung der Umfrage für die kleinere, erfahrene Gruppe besonderes Gewicht gelegt.
Bei der Auswertung wurde deutlich, daß wohl die meisten Befragten letzten Endes das Seminar für eine praktikable und gerechtfertigte Art der Ausbildung halten, aber zum Teil Bedenken haben, ob

1. die Vorbildung der Studenten ausreicht,
2. die Gefahren für Patienten und Studenten deshalb nicht zu groß sind.

Ein nicht geringer Teil der Vorlesungsbesucher forderte deshalb eine Fallbesprechungsgruppe statt des Seminars; und die meisten Seminarteilnehmer wollten die aufgetretenen Krisen genau analysiert wissen, um Fehler und Versäumnisse ein zweites Mal zu vermeiden.
Diesen Bedenken wurde Rechnung getragen, als der Vorschlag gemacht wurde, vor dem Besuch des Seminars eine Fallbesprechungsgruppe obligatorisch zu machen.
Das verfolgt einen doppelten Zweck:

1. Wecken des Interesses möglichst unter mehr Studenten für das Seminar, um möglichst vielen die psychologische Komponente für ihren späteren Arztberuf nahezubringen, und nicht nur oder in der Hauptsache späteren Psychiatern und Psychotherapeuten.
2. Verbesserung der Vorbildung der Seminarteilnehmer.

Alle Krisen, die bei den einzelnen Seminarteilnehmern auftraten, wurden kurz geschildert. Dabei wurde allerdings deutlich, daß sie in ihrer Entstehung und Beherrschung durch eine bessere Vorbildung in den meisten Fällen nicht entscheidend hätten beeinflußt werden können, sondern vielmehr eine Problematik der Situation an sich darstellen. Zur Vermeidung von Krisen und für einen besseren Erfolg der Therapieversuche wurde

vorgeschlagen, bei der Auswahl der Patienten nach den Kriterien vorzugehen, die für eine Kurzpsychotherapie in Frage kommen und unter anderem von BATTEGAY herausgearbeitet wurden.

Ein kurzer Abriß über den Studiengang in Psychotherapie, wie man ihn aufgrund der hier gemachten Erfahrungen für am günstigsten ansehen kann, schloß die Vorschläge für die Grundlagen und die Organisation des Seminars ab.

Schon im Namen des Seminars "Psychotherapie für die Praxis" wird deutlich, daß es sich nicht an die Fachärzte, sondern an die große Zahl der zukünftigen Allgemeinpraktiker richtet. Die Forderung, diesen Ärzten die seelischen Faktoren in ihrem zukünftigen Beruf nahezubringen, wurde begründet mit der großen Zahl Kranker mit psychischen Begleiterscheinungen in den ärztlichen Sprechstunden. Darüber hinaus sollte ein Arzt die psychischen Vorgänge erleben können, die während seines Studiums der Patienten schon zum "Fall" werden lassen und die umgekehrt nötig sind, etwa einen Patienten mit "Colitis ulcerosa" wieder zu einem Menschen werden zu lassen, der sich von dem, der ihn behandelt, verstanden fühlt.

Nur so ist neben der "krankheitsorientierten" eine "patientenorientierte" Medizin möglich, wo der Mensch selbst, nicht seine Krankheit im Zentrum ärztlichen Bemühens steht.

L i t e r a t u r

BALINT, M.: Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. Stuttgart: Klett 1965.

BALINT, M.: Die Urformen der Liebe und die Technik der Psychotherapie. Frankfurt: Fischer 1969.

BALINT, M., D.H. Ball u. M.L. Hare: Unterrichtung von Medizinstudenten in patientenzentrierter Medizin. Psyche 7, 1969.

BATTEGAY, R.: Regressionsphänomene aus klinischer Sicht. Praxis Psychother. 4, 1970, S.160 -

BELLAK, L. u. L. SMALL: Kurzpsychotherapie u. Notfall-psychotherapie. Frankfurt/M.: Suhrkamp 1972.

BRÄUTIGAM, W.: Reaktionen, Neurosen, Psychopathien. Stuttgart: G. Thieme 1969.

EHRHARDT, H.E.: Zur Situation der Psychiatrie. Dtsch. Arztebl.50, 1970, S.3748-54.

HENSELER, H. u. M. ROTMANN: Mitteilung kränkender Diagnosen. Dtsch. Ärztebl. 8, 1970, S.608-614.

LANGEN, D.: Die gestufte Aktivhypnose (4. Aufl.). Stuttgart: G. Thieme 1972.

LANGEN, D.: Psychotherapie (3. Aufl.). Stuttgart: G. Thieme 1973.

MALAN, D.H.: Psychoanalytische Kurztherapie. Bern u. Stuttgart: Huber u. Klett 1965.

MELLIM, G.: Demokratisierung u. Humanisierung in der Psychiatrie. Dtsch. Ärztebl. 12, 1970, S.925-927.

SCHULTE, W.: Eröffnungsansprache 73. Dt. Ärztetag. Dtsch. Ärztebl. 30, 1970, S.2342-

WOLFF, H.H.: Gruppendynamik in einer Selbsterfahrungsgruppe von Psychotherapie lernenden Studenten. (Aus der engl. Übertragung von D. LANGEN). Z. Psychother. u. Med. Psychol. 14, 1964, S.111-121.

WOLFF, H.H.: Influencing Students' Attitudes Towards the Emotional Aspects of Illness. Journal of Psychosomatic Research Vol 11, S.87-93.

WOLFF, H.H.: Teaching Psychosomatic Aspects of Psychiatry to Medical Students. Brit. Journal of Medical Education 1, 66 Vol 1, S.43.

A n h a n g

Die Meinungsumfragen

Zu Motivierung und Durchführung der Umfragen und zum Aufbau des Fragebogens wurde schon im Text der Arbeit bei der Erläuterung der Methodik ausführlich Stellung genommen. Es bleibt nun noch übrig, zum speziellen Aufbau der Fragebogen einige Erläuterungen zu geben:
Während der zweite Fragebogen sich an Studenten wendet, die ihr Interesse an der Psychotherapie durch die Teilnahme am Seminar "Psychotherapie für die Praxis" bewiesen haben, konnte man eine sorgfältigere Beantwortung der Fragen voraussetzen; die Fragen konnten spezieller sein und an den Beantwortenden höhere Ansprüche an Konzentration und Geduld stellen.
Anders ist die Situation beim ersten Fragebogen:
Er richtete sich an Studenten, die die Pflichtvorlesung "Psychotherapie" besucht hatten, und von denen man nicht ohne weiteres Interesse für dieses Gebiet erwarten konnte. Es waren daher einige zusätzliche Fragen notwendig, die in der Auswertung überflüssig sind und u.U. gar nicht dort erscheinen:
Die erste Frage soll das Interesse der Studenten wecken. Mitarbeit bei der Gestaltung der Studienpläne war damals eine oft gehörte Forderung.
In der zweiten Frage wird das Interesse von allgemeinen Dingen zum speziellen Thema hingeführt. Die dritte Frage - eine reine Wissensfrage - steht am Anfang des Bogens, weil sie als einzige einen größeren Aufwand als das Ankreuzen

eines Kästchens verlangt; die Chance, eine regelrechte Beantwortung zu bekommen, ist bei einer solchen Frage größer, wenn sie am Anfang steht, und der Beantwortende nicht schon einen Teil des (ihn vielleicht ermüdenden) Fragebogens hinter sich hat. Die 14. Frage endlich erscheint nicht in der Auswertung. Sie ist ein Versuch, den Fragebogen aufzulockern und die Befragten bei Laune zu halten. Die vielen zusätzlich angebotenen "Lösungsmöglichkeiten" zeigen ein Gelingen dieser Absichten.

Fragebogen für die Hörer der Vorlesung "Psychotherapie" im SS 68.

Geschlechts- und Altersverteilung:

Studentinnen:

Alter:	22	23	24	25	27
Anzahl:	1	5	5	2	1

Gesamtzahl: (Studentinnen) 14

Studenten:

Alter:	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Anzahl:	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

Gesamtzahl: (Studenten) 76

Gesamtteilnehmerzahl: 90

Im Folgenden erscheint hinter den Antworten auf die gestellten Fragen die Zahl der abgegebenen Stimmen in Tabellenform immer in der gleichen Anordnung, und zwar
1. Spalte: Gesamtzahl der abgegebenen Stimmen.
2. Spalte: Gesamtzahl der von Studentinnen abgegebenen Stimmen.
3. Spalte: Gesamtzahl der von Studenten abgegebenen Stimmen.
4.-6. Spalte: Von Studentinnen abgegebene Stimmen, nach Altersjahrgängen geordnet.
9.-18. Spalte: Von Studenten abgegebene Stimmen, nach Altersjahrgängen geordnet.

Am Beispiel der ersten Frage erläutert:

1. Wird Ihrer Meinung nach bei der Gestaltung der Studienpläne genügend Rücksicht genommen auf die Interessen, Erfahrungen und Wünsche der Studenten?

Ja.	10	2	8			1	1			1		2	3	2	0			0
Ja, aber erst neuerdings.	30	5	25	1	3	1				1	4	4	5	6	3		1	1
Die Studenten werden zu wenig gefragt.	50	7	43		2	3	1	1	1	1	5	9	9	6	5	1	3	3
(Gesamt:)	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

2. Welche Bedeutung im Vergleich zu ihrer tatsächlichen Wichtigkeit wird der Psychotherapie und der Psychosomatik heute beigemessen?

Es wird ihr zu viel Bedeutung beigemessen	6	2	4			1	1					2			1			1
Ihre Bedeutung wird allgemein richtig erkannt.	21	2	19	1	1					1	1	1	7	6	2			1
Dieses Fach müßte in der Aus= bildung wie in der Praxis mehr gefördert werden.	63	10	53		4	4	1	1	1	2	8	12	10	8	5	1	4	2
(Gesamt:)	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

3. Was ist überhaupt Psychosomatik?

(Richtig beantwortet:)	49	10	39	1	3	5	1		1	1	8	8	8	8	5			
(Falsch beantwortet:)	41	4	37		2		1	1		2	1	7	9	6	3	1	4	4
(Gesamt:)	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

4. Meinen Sie, daß zu viele oder zu wenige Patienten psychotherapeutisch betreut werden?

Zu viele.	5	2	3			1	1					1	1	1				
Ausreichend viele.	10	2	8	1	1						3		1	3				1
Zu wenige.	63	9	54		4	3	1	1		2	6	14	12	8	7	1	2	2
Weiß nicht.	12	1	11			1			1	1			3	2	1		2	1
(Gesamt:)	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

als Pflichtvorlesung?

Ja, an allen deutschen Hochschulen mit Klinikbetrieb.	3	1	2					1					1	1			
An den meisten Kliniken, auch in Mainz.	11	2	9	1	1						1	1	2	2	2		1
Nur an ganz wenigen Kliniken, u.a. in Mainz.	68	10	58		4	4	2			1	8	13	12	11	6	1	4	2
(Keine Antwort)	8	1	7			1			1	2		1	2					1
(Gesamt:)	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

6. Wie beurteilen Sie die Einführung einer solchen Vorlesung?

Es hat eigentlich keinen Sinn, die vielen klinischen Fächer noch in so viele Nebenfächer aufzuspalten. Das verwirrt nur.	4		4								1		1				1	1
Eine einstündige Vorlesung für Interessierte wäre das Beste.	26	3	23		1		2					5	5	7	3		1	2
Eine einstündige Pflichtvorlesung wird der Bedeutung dieses Faches gerecht.	16	5	11	1	2	1		1		1	3		3	2	2			
Ein einstündiges Kolleg ist eigentlich zu wenig.	44	6	38		2	4			1	2	5	10	8	5	3	1	2	1
(Gesamt:)	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

7. Wußten Sie, daß es außer der Vorlesung noch ein "psychotherapeutisches Kolloquium" gibt?

Nein.	17	1	16				1		1		4	2	3	3			2	1
Nur aus Ankündigungen und Listen.	38	6	32		4	2				1	3	7	7	7	4	1	2	
Ich weiß darüber Bescheid.	31	6	25	1	1	3	1			2	1	6	6	4	4			2
(Keine Antwort)	4	1	3					1			1		1					1
(Gesamt:)	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

Als eine Erweiterung der Vorlesung, z.B. eine klinische Visite mit anschließender Besprechung einiger Fälle.	18	3	15	1	1		1			1	1		7	3	1		1	1
Der Dozent sollte in kleinerem Kreise Patienten explorieren und später über Behandlung und Erfolge referieren.	28	5	23		4	1			1		2	8	4	7	2	1		1
Es sollten ruhig darüber hinaus noch Studenten bei der Behandlung eingesetzt werde.	40	5	35			4	1			2	5	7	5	4	5		3	1
(Keine Antwort)	4	1	3					1			1		1					1
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

9. Sind Sie schon einmal - z.B. während einer Famulatur - therapeutisch tätig geworden, d.h. haben Sie schon einmal i.v.-Injektionen erteilt, Punktionen vorgenommen, bei Geburten oder Operationen assistiert?

Nein.	5		5										1	4				
Bisher nur wenig.	18	2	16		2				1	1	2	4	2	1	1	1	2	1
Ja, schon häufiger.	63	11	52	1	3	5	2			2	6	11	13	9	7		2	2
(Keine Antwort)	4	1	3					1			1		1					1
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

10. Sollten Ihrer Meinung nach Medizinstudenten der höheren Semester scho zu therapeutischen Leistungen eingesetzt werden?

Nein. Dazu ist die MA-Zeit da.	1		1											1				
Nur nach genügender Vorbildung und unter Aufsicht.	49	11	38	1	5	4	1		1	3	2	8	9	7	4	1	2	1
Auf jeden Fall.	36	2	34			1	1				6	7	7	6	4		2	2
(Keine Antwort)	4	1	3					1			1		1					1
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

11. Wenn man es überhaupt zuließe, sollte man dann in dem Fach Psychotherapie eine Ausnahme machen?

Da sollte man eine Ausnahme machen.	11	1	10				1				1	2	3	2	1		1	
Da sollte man keine Ausnahme machen.	46	9	37	1	2	5	1		1	3	4	9	11	3	2	1	1	2
Unentschieden. (Frage 12 auslassen!)	27	3	24		3						3	4	2	8	5		2	
(Keine Antwort)	6	1	5					1			1		1	1				2
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

12. Begründen Sie Ihre Meinung:

Begründet	45	9	36	1	2	4	2		1	3	4	10	11	5	1		1	
Nicht begründet	12	1	11			1					1	1	3		2	1	1	2
Frage ausgelassen	33	4	29		3			1			4	4	3	9	5		2	2
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

13. Wie beurteilen Sie die Demonstration der Kontaktaufnahme Arzt - Patient durch den Professor vor einer kleinen Gruppe statt vor dem ganzen Auditorium?

Das wäre eine echte Erweiterung und Vertiefung der Vorlesung.	46	6	40		1	2	2	1		1	5	7	10	8	5	1	1	2
Das wäre zwar immernoch eine gestellte Situation, aber im Interesse des Patienten ist gerade in diesem Fach eine stärkere Ein= beziehung der Studenten nicht Tragbar.	25	4	21		3	1				2		6	7	4	1		1	
Das würde nach der Vorlesung nichts wesentlich Neues mehr bringen.	18	4	14	1	1	2			1		4	2		2	2		2	1
Keine Antwort	1		1															1
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

14. (Drudel; fragebogentechnische Frage. Für die Auswertung uninteressant.

15. Sind Sie also ganz konkret für oder gegen die Einbeziehung von Studenten in die Behandlung seelisch Erkrankter?

Dagegen. (Fragen 16 u. 17 nicht beantworten!)	17	4	13	1	2		1			1		3	4	3			1	1
Dafür.	53	9	44		3	5	1			1	7	9	12	8	3	1	1	2
Unentschieden.	17		17						1	1	1	3	1	3	5		2	
Keine Antwort	3	1	2					1			1							1
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

16. Welche minnimalen Forderungen müßte man an die Vorbildung eines Studenten stellen, der in die psychotherapeutische Behandlung aktiv eingreift?

Famulatur an einer psychosomatischen Klinik nach ausführlichem Studium der Vorlesungen und Bücher dieses Faches.	33	6	27	0	3	2	1		1	1	1	4	6	5	5		2	2
Vorlesung über Psychosomatik und autogenes Training; etwas eigenes Studium.	32	3	29		1	2				2	6	5	6	7	2		1	
Kenntnisse des autogenen Trainings.	4	1	3			1						1		1	1			
Besondere Vorbildung ist nicht notwendig.	5		5								1	1	1				1	1
Frage ausgelassen.	16	4	12	1	1		1	1			1	4	4	1		1		1
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

17. Was wäre Ihrer Meinung nach der Wert eines solchen Kolloquiums?

Kein besonders großer. Die Gefahr, sich zu verzetteln oder sich ver= wirren zu lassen, ist zu groß.	4	1	3		1									1			1	1
Der Wert wäre mehr theoretischer als praktischer Natur. Da man keine echte Verantwortung getragen hat, ist die Situation letzten Endes doch gestellt.	29	5	24			3	1	1	1		3	2	7	6	4		1	
Der Wert wäre ein hoher.	36	4	32		2	2				2	5	9	4	5	4		2	1
Frage ausgelassen.	21	4	17	1	2		1			1	1	4	6	2		1		2
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

18. Für wen wäre dieses Kolloquium geeignet?

Für spätere Psychotherapeuten.	4		4									1	1				1	1
Für besonders Begabte oder besonders Interessierte.	13		13								1	1	3	7				1
Für jeden angehenden Arzt.	70	13	57	1	5	5	1	1	1	3	8	13	12	6	8	1	3	2
(Keine Antwort)	3	1	2				1						1	1				
Gesamt:	90	14	76	1	5	5	2	1	1	3	9	15	17	14	8	1	4	4

Zweiter Fragebogen
(für die Teilnehmer des Psychotherapie-Kolloquiums)

Wegen der geringen Zahl der erfaßbaren Teilnehmer erfolgte die Auszählung im Gegensatz zu ersten Fragebogen nur nach Geschlechtern, nicht aber nach Altersgruppen getrennt. Bei den folgenden Auszählungen sind bei der Tabelle in der ersten Spalte jeweils die Stimmen der weiblichen, in der zweiten Spalte die der männlichen Teilnehmer angegeben, in der dritten Spalte die Gesamtstimmenzahl.

A Fragen zum Teilnehner

1. Name, Vorname:
2. Alter und Semesterzahl zur Zeit des Kolloquiums:

3. Weshalb haben Sie sich für das Kolloquium eingetragen?

- Ich wollte mich testen, ob ich zur Psychotherapie geeignet bin.	0		0	0
- Ich wollte mich schon von Anfang an in der Psychotherapie engagieren.	1		4	5
- Ich habe mich schon lange für dergleichen interessiert und hier zufällig die Möglichkeit gefunden, meinen Interessen nachzugehen.	5		7	12
- Ich habe die Ankündigung gehört und mich aus Neugierde eingetragen.	2		1	3
Insgesamt: (Zwei der männlichen Teilnehmer wußten keine Antwort)	8		12	20

4. Ihre wievielte Berührung mit diesem Fach der Medizin war das?

- Die allererste.	1		1	2
- Vorher schon Vorlesung über das autogene Training und seine Ausübung oder Besuch der Hauptvorlesung.	1		2	3
- Häufige Beschäftigung mit psychotherapeutischen oder psychosomatischen Problemen auch außerhalb des Studiums.	5		10	15
- Psychologie als Zweitstudium.	1		1	2
Insgesamt:	8		14	22

5. Welche exakte Vorbildung hatten Sie?

- Keine besondere.	2		6	8
- Eigenes Literaturstudium.	2		3	5
- Literaturstudium und Famulatur an einer psychotherapeutischen Klinik.	2		1	3
- Psychologiestudium bis zum Vordiplom.	1		1	2
- Psychologiestudium nach dem Vordiplom.	1		1	2
Insgesamt:	8		14	22

6. Wollen Sie später Psychotherapie in irgendeiner Form ausüben?

- Ja, vermutlich als Psychiater oder Psychotherapeut.	1		7	8
- Eventuell zusätzlich zu einem anderen Fach.	5		2	7
- Ich will mir nur etwas Wissen aneignen, um später in der Praxis die Bedeutung psychisch bedingter Krankheiten besser erfassen zu können.	2		5	7
- Wahrscheinlich nicht.	0		0	0
Insgesamt:	8		14	22

7. Ist dieser Entschluß durch die Teilnahme am Kolloquium beeinflußt worden?

- Ja, positiv.	1		6	7
- Ja, aber negativ.	2		1	3
- Höchstens am Rande.	4		6	10
- Überhaupt nicht.	1		1	2
Insgesamt:	8		14	22

B Fragen zu Ihrem Patienten

1. Alter: also

- älter	5		2	7
- Jünger	3		10	13
- gleichaltrig in Bezug auf mich.	0		2	2
Insgesamt:	8		14	22

2. Beschäftigung:

- Schüler(in)	0		3	3
- Student(in)	3		9	12
- Berufstätig (welcher Beruf) oder Hausfrau	5		2	7
- Keine Beschäftigung	0		0	0
Insgesamt:	8		14	22

3. Welcher Art war der Konflikt Ihres Patienten?

a) in Bezug auf die Tiefe: (Typologisierung)

- Persönlichkeitsstörung, abnorme Persönlichkeitsentwicklung (Kernneurose).	1		0	1
- Neurotische Entwicklung.(Schichtneurose)	4		2	6
- Abnorme seelische Entwicklung (Randneurose).	2		9	11
- Abnorme seelische Reaktion (Fremdneurose).	1		1	2
(Keine Antwort)	0		2	2
Insgesamt:	8		14	22

b) in Bezug auf die Dauer der Beschwerden:

- Alt (über 10 Jahre zurückzuverfolgen)	4		6	10
- Mäßig alt (Jahre zurückzuverfolgen)	4		7	11
- Neu (weniger als ein Jahr alt)	0		1	1
Insgesamt:	8		14	22

c) in Bezug auf die Abgegrenztheit:

- gut abgegrenzt	4		7	11
- ziemlich diffus	4		7	11
Insgesamt:	8		14	22

d) in Bezug auf die Bewußtseinsnähe:

- bewußtseinsnah	3		5	8
- stark verdrängt	5		9	14
Insgesamt:	8		14	22

e) in Bezug auf den Leidensdruck:

- starker	6		5	11
- weniger starker Leidensdruck.	2		9	11
Insgesamt:	8		14	22

4. Wie fanden Sie Kontakt?

- Spontan guter Kontakt	4		7	11
- Nach kurzer Anlaufzeit guter Kontakt	3		6	9
- Schlechte Kontaktfindung	1		1	2
Insgesamt:	8		14	22

5. Wie war im weiteren Verlauf Kontakt und Mitarbeit des Patienten?
   - Durchweg gut
   - Meistens gut
   - Oft schleppend und oft unterbrochen
   Insgesamt:

3		8		11
2		3		5
3		3		6
8		14		22

6. Wie war der Übertragungsmechanismus? (Frage war frei zu beantworten)

7. Welche Methoden haben Sie in der Therapie verwandt?
   - Im Wesentlichen diagnostisch-aufdeckendes Gespräch.
   - Zusätzlich autogenes Training.
   - Zusätzlich dazu gestufte Aktivhypnose.
   - Weitere Methoden:
   Insgesamt:

2		6		8
4		5		9
1		2		3
1		1		2
8		14		22

8. Gab es Krisen irgendwelcher Art?
   - Nein (Fragen 9-11 auslassen!)
   - Ja (Bitte auf der Rückseite dieses Blattes kurz schildern!)
   Insgesamt:

3		8		11
5		6		11
8		14		22

9. Führte diese Krise zum Abbruch der Behandlung?
   - Ja
   - Nein
   Insgesamt:

2		2		4
3		4		7
5		6		11

10. Durch wen wurde die Krise ausgelöst?

a) durch mich als Therapeut durch					3 / 2 / 5
- mangelnde Sorgfalt	0	1	1		
- mangelnden Kontakt, persönliche Schwierigkeiten	0	0	0		
- mangelndes Wissen	3	1	4		
- andere Ursachen:	0	0	0		
insgesamt:	3	2	5		
b) durch den Patienten durch					1 / 1 / 2
- Ablehnung des Therapeuten	0	1	1		
- schleichend aufkommendes Desinteresse	0	0	0		
- plötzliches Fernbleiben, Therapieabbruch	1	0	1		
- andere Ursachen:	0	0	0		
insgesamt:	1	1	2		
c) durch Außenstehende durch					1 / 3 / 4
- falsche oder gegenläufige Therapie eines anderen Arztes	0	1	1		
- unbeabsichtigte Störungen	0	1	1		
- beabsichtigte Störmanöver	0	1	1		
- andere Ursachen:	1	0	1		
insgesamt:	1	3	4		
d) durch äußere, nicht zu beeinflussende Umstände:	1	1	2		1 / 1 / 2
(Gesamtstimmenzahl für diese Frage:)					6 / 7 / 13

(Es wurden von je einem weiblichen und einem männlichen Befragten zwei auslösende Momente angekreuzt)

11. Wäre diese Krise durch bessere Vorbildung Ihrerseits zu beeinflussen gewesen?

- Sie wäre zu verhindern gewesen.	1		0	1
- Sie wäre zumindest wesentlich besser zu beherrschen gewesen.	3		5	8
- Sie wäre nicht wesentlich zu beeinflussen gewesen.	1		1	2
Insgesamt:	5		6	11

12. Wie war der Zustand Ihres Patienten Ihrem Eindruck nach bei Beendigung Ihrer Behandlung?

- Deutlich gebessert oder geheilt.	2		4	6
- Wenig gebessert.	3		5	8
- Unverändert.	2		2	4
- Verschlechtert.	0		1	1
- Noch nicht zu entscheiden (Behandlung noch nicht abgeschlossen).	1		2	3
Insgesamt:	8		14	22

13. Wie nahm Ihr Patient es auf, daß er von einem Studenten behandelt wurde?

- Von Anfang an ohne Vorbehalte.	1		6	7
- Zu Anfang einige Bedenken, dann indifferent.	0		2	2
- Ohne besondere Reaktion.	6		5	11
- Gute Zuwendung nach anfänglichen Vorbehalten.	0		1	1
- Mit Ablehnung und Mißtrauen.	0		0	0
- (Nicht zu beurteilen)	1		0	1
Insgesamt:	8		14	22

C Fragen zur allgemeinen Durchführung

1. Wie beurteilen Sie die Beteiligung an dem Kolloquium?

- Es waren zu viele Teilnehmer, die Gruppe war zu groß.	0		1	1
- Es war genau richtig.	5		8	13
- Im Vergleich zum Semesterjahrgang war die Beteiligung zu gering.	3		5	8
Insgesamt:	8		14	22

2. Sollte man Ihrer Meinung nach den begrenzten Teilnehmerkreis erweitern, und wenn ja, wodurch?

- Man sollte den Kreis so belassen, schon aus technischen Gründen.	2		4	6
- Man sollte mehr dafür werben und eventuell Parallelkurse einrichten.	6		9	15
- Andere Vorschläge:	0		1	1
Insgesamt:	8		14	22

3. Was halten Sie von Fallbesprechungsgruppen?

- Besser und für die Patienten angenehmer als das Kolloquium.	1		0	1
- Nach der Vorlesung würde das nichts wesentlich Neues mehr bringen.	1		1	2
- Man könnte den Besuch einer Fallbesprechungsgruppe vor Besuch des Kolloquiums anregen (bessere Vorbildung!).	6		11	17
Insgesamt: (Zwei männliche Befragte hatten keine Meinung hierzu)	8		12	20

4. Fanden in Ihrer Gruppe Diskussionen über das Kolloquium und seine Probleme statt?

- Häufig, auch außerhalb der eigentlichen Kurszeiten.	2		6	8
- Gelegentlich.	6		3	9
- Kaum.	0		5	5
Insgesamt:	8		14	22

5. Für wen wäre Ihrer Meinung nach das Kolloquium geeignet?

- Für besonders Begabte oder besonders Interessierte.	1	3	4
- Für spätere Psychotherapeuten.	0	1	1
- Für jeden angehenden Arzt.	7	10	17
Insgesamt:	8	14	22

6. Haben Sie durch das Kolloquium in irgendeiner Weise profitiert?

- Ja, fachlich und persönlich.	4	8	12
- Vorwiegend fachlich.	1	2	3
- Vorwiegend persönlich.	2	3	5
- Überhaupt nicht.	1	1	2
Insgesamt:	8	14	22

7. Finden Sie, daß dieses Kolloquium eine legale Art der Ausbildung ist?

- In jedem Fall.	1	4	5
- Ja; man darf allerdings Gefahren für Patienten u. Studenten nicht verkennen.	5	8	13
- Eigentlich nicht; die Gefahren sind zu groß.	2	2	4
	8	14	22

8. Was müßte man vor allen Dingen verlangen, um die Gefahren zu verringern?

- Bessere Vorbildung der Studenten.	6	5	11
- Bessere Überwachung durch Fachärzte.	2	5	7
- Analyse der möglichen Gefahren und Hinweise auf ihre Vermeidung.	7	10	17
- Andere Vorschläge:	2	2	4
Insgesamt: (Hier wurden spontan von einzelnen Befragten mehrere Antworten angekreuzt)	17	22	39

L e b e n s l a u f

Ich wurde am 5.1.45 in Dohna/Sachsen als ältester Sohn des Dr. Dr. Alfred Enkelmann, Facharzt für Chirurgie und damals Chefarzt am Krankenhaus in Dohna, und seiner Ehefrau Friederike geb. Kemper geboren.
Im Jahre 1949 flüchtete mein Vater mit seiner Familie in den Westen Deutschlands, wo er seitdem als praktischer Arzt tätig ist.

Nach dem Besuch der Volksschule in St. Goar und des Gymnasiums in Boppard legte ich im Jahre 1964 dort mein Abitur ab und begann im gleichen Jahr mein Medizinstudium an der Johannes Gutenberg-Universität in Mainz, wo ich 1965 meine naturwissenschaftliche und 1967 meine ärztliche Vorprüfung bestand. Meine klinischen Studien in Mainz wurden von einem einjährigen Auslandsaufenthalt an der Karl Franzens-Universität in Graz unterbrochen, im Jahre 1970 legte ich in Mainz mein medizinisches Staatsexamen ab.

Meine Ausbildung als Medizinal-Assistent absolvierte ich 1971/72 am Kreiskrankenhaus in Groß-Umstadt und am neurologisch-psychiatrischen Sanatorium Schloß Waldleiningen im Odenwald, wo ich im März 1972 Approbation als Arzt erhielt.

Am 25.3.1972 heiratete ich die am 28.2.1947 geborene Lehrerin Marianne Ruppert.

Vom 1.4.1973 bis zum 31.7.1975 bin ich als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Neurologischen Universitätsklinik Mainz tätig. Am 1.8.1975 will ich meine Ausbildung zum Nervenarzt an der Neuropsychiatrischen Universitätsklinik Mainz fortsetzen.

Mainz, am 1.7.1975